

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CYNTHIA MORIN

VIOLENCE SUBIE DANS L'ENFANCE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ DES
HOMMES BÉNÉFICIAIRE DE SERVICES PSYCHOSOCIAUX

MARS 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

VIOLENCE SUBIE DANS L'ENFANCE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ DES HOMMES
BÉNÉFICIAIRE DE SERVICES PSYCHOSOCIAUX

PAR

CYNTHIA MORIN

Marc Daigle, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

Hélène Naud, évaluateur externe

Service correctionnel du Canada

Sommaire

La présente recherche porte sur le risque suicidaire des hommes ayant subi un ou des abus dans l'enfance. Elle a comme objectif principal de vérifier si les hommes ayant évolué dans un climat familial dysfonctionnel, où certains d'entre eux peuvent avoir subi des abus de tout type (émotionnel, physique, sexuel, négligence, exposition à la violence familiale), sont plus enclins d'obtenir une évaluation du risque suicidaire à la hausse comparativement à ceux n'ayant pas subi ces mêmes types d'abus. L'étude est réalisée auprès d'une clientèle d'hommes fréquentant un organisme communautaire pour la passation du CTQ (Childhood Trauma Questionnaire) et du SPS (Suicide Probability Scale). Les résultats de la cueillette de données confirment notre hypothèse de départ et nous indiquent des différences significatives entre les participants à risque suicidaire moindre et ceux à risque suicidaire élevé. Ainsi, nous constatons chez les participants à risque suicidaire élevé des scores plus élevés aux sous-échelles du CTQ : abus émotionnel, abus sexuel, négligence émotionnelle et physique. Par ailleurs, de façon globale, le score total du CTQ est plus élevé chez les sujets à risque suicidaire élevé. De plus, les analyses statistiques nous révèlent des corrélations significatives entre le CTQ (et ses différentes sous-échelles) et le SPS (et ses différentes sous-échelles). Nous pouvons donc être en mesure d'affirmer que notre seconde hypothèse est aussi concluante. Les abus dans l'enfance peuvent avoir des impacts importants sur le fonctionnement général d'un individu et ainsi le rendre plus vulnérable au niveau du risque suicidaire. Nos résultats semblent être en accord avec l'ensemble de la littérature

sur le sujet et nous permettent d'affirmer que les traumatismes dans l'enfance représentent un facteur de risque distal qui peut prédisposer au développement futur des comportements suicidaires.

Table des matières

SOMMAIRE.....	II
REMERCIEMENTS	VI
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
<i>Les conséquences à long terme des abus subis dans l'enfance</i>	5
<i>Les conséquences sur le fonctionnement général</i>	7
<i>Les conséquences sur la santé mentale</i>	10
<i>Les conséquences sur la criminalité</i>	12
<i>Les conséquences sur les comportements suicidaires</i>	15
<i>L'objectif et les hypothèses de recherche</i>	20
<i>La définition des variables</i>	21
MÉTHODOLOGIE.....	23
<i>Les participants</i>	24
<i>Les instruments de mesure</i>	24
<i>Le déroulement</i>	29
RÉSULTATS	30
<i>Vérification des hypothèses</i>	35
<i>Abus subis dans l'enfance et risque suicidaire</i>	35
<i>Les corrélations SPS et CTQ</i>	37
DISCUSSION	40
<i>Vérification des hypothèses</i>	42
<i>Abus subis dans l'enfance et risque suicidaire</i>	42
<i>Les conséquences des différents type d'abus</i>	49
<i>Analyse des retombées de la recherche</i>	60
<i>Regard critique</i>	62
CONCLUSION.....	65
RÉFÉRENCES	67
APPENDICES.....	76
<i>A. Suicide Probability Scale (SPS)</i>	76
<i>B. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	78
<i>C. Entretien semi-structuré</i>	83
<i>D. Formulaire de consentement</i>	94

Liste des tableaux

1.Comparaison de moyennes entre les participants du groupe MASC et ceux du groupe CHOC	32
2.Comparaison de moyennes entre les participants évalués à risque suicidaire moindre et ceux à risque suicidaire élevé au SPS	36
3.Corrélations entre les résultats au SPS et au CTQ	37
4.Corrélations entre les résultats au SPS et au CTQII	38
5.Facteurs individuels, familiaux et psychosociaux reliés aux comportements suicidaires	59

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier Monsieur Marc Daigle, le directeur de cette recherche. Le soutien qu'il m'a offert au cours de ces dernières années, pour la réalisation de cet essai doctoral, a été remarquable. Son aide a été pour moi enrichissante et rassurante. Il a pris beaucoup de son temps pour me guider dans les différentes étapes qui ont mené à la finalisation de ce projet. Ses encouragements, sa compréhension et sa générosité ont fait partie du soutien inestimable qu'il a su me procurer. J'aimerais tout autant remercier Madame Colette Jourdan-Ionescu pour ses judicieux conseils lors de ma première correction.

Je tiens particulièrement à remercier l'organisme CHOC (Carrefour d'hommes en changement) qui m'a grandement aidé dans la collecte de données de cette recherche. Par le fait même, je remercie tout autant les 26 participants sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pu être possible.

Merci à ma famille, d'avoir toujours été présente pour m'encourager et me soutenir tout au long de ce parcours. En terminant, merci à mon conjoint d'être à mes côtés et de m'épauler dans tout ce que j'entreprends.

Introduction

La violence subie dans les familles et le suicide sont deux problématiques largement étudiées de nos jours. Les écrits mettant en lien ces deux problématiques sont un peu moins nombreux et concernent majoritairement les femmes lorsqu'ils sont existants. Le présent projet s'intéresse à la population masculine. Il semble tout à fait pertinent d'étudier ces problématiques qui sont souvent moins abordées auprès de cette clientèle. L'amélioration de nos connaissances par rapport à cette clientèle, en lien avec ces problématiques spécifiques, nous permettra de réfléchir à des moyens diversifiés à mettre en œuvre pour augmenter la qualité des interventions et/ou évaluations. Par ailleurs, le présent projet permettra de mieux saisir si les abus de tout type (psychologique, sexuel, physique, négligence, exposition à la violence familiale) peuvent être plus souvent repérés chez les hommes à risque suicidaire élevé. Ceci pourrait, à plus long terme, permettre une certaine prévention.

Dans un premier temps, les conséquences à long terme des différentes formes d'abus familial seront exposées. Les renseignements à ce sujet seront présentés en terme d'impact des abus sur le fonctionnement en général et, de manière plus spécifique, sur la santé mentale, la criminalité et les comportements suicidaires. Différents résultats d'études concernant chacun de ces points seront recensés. Le présent document exposera ensuite l'objectif de la recherche, les hypothèses, de même que la définition des

différentes variables à l'étude. La méthodologie de la recherche sera présentée en précisant les participants, les instruments de mesures utilisés ainsi qu'un aperçu de la façon dont les données ont été recueillies. Les résultats obtenus par les différentes analyses statistiques de la recherche seront exposés. Finalement la section discussion sera présentée en détaillant davantage les résultats de la recherche, par une mise en relation avec la littérature actuelle sur le sujet. L'analyse des retombées de la recherche, les orientations à privilégier pour le futur et l'exposé des forces et des limites de l'étude concluront le document.

Contexte théorique

Les conséquences à long terme des abus subis dans l'enfance

Il serait d'abord opportun de bien définir les différentes formes d'abus. En fait, les mauvais traitements infligés aux enfants représentent toute forme de sévices ou risques de sévices subis par un enfant ou un adolescent alors qu'il est sous la responsabilité d'une personne en qui il a confiance et dont il dépend (Jack, Munn, Cheng, & Macmillan, 2006). Les personnes exposées à la violence familiale regroupent celles qui en ont été victimes et/ou témoins. Voici, plus spécifiquement, les différentes formes de mauvais traitements. Ces définitions réfèrent, en majorité, à celles rapportés par Bernstein et Fink (1998), sauf en cas d'indication contraire.

L'abus psychologique se rapporte à des agressions verbales par rapport à la valeur de l'enfant, par des propos humiliants, abaissants. Le rejet, l'intimidation, l'isolement, la corruption, l'exploitation et le retrait de l'affection caractérisent cette forme d'abus (Latimer, 1998). Trocmé et Wolfe (2001) définissent l'abus physique par l'application d'une force physique sur n'importe quelle partie du corps de l'enfant, ayant pour résultante, par exemple, des brûlures, des ecchymoses, des fractures. D'autres auteurs (Jack et al., 2006) présentent le même type de définition et identifient plusieurs exemples de comportements abusifs. Par exemple, le recours à des punitions corporelles excessives, l'action de secouer brutalement, de pousser, d'agripper, de projeter, de frapper avec la main, de donner des coups de poing ou de pied, de mordre, de frapper à l'aide d'un objet, d'étouffer, d'étrangler, de poignarder, de brûler, de blesser avec une arme à feu, d'empoisonner ou encore d'utiliser le recours excessif à des moyens de

contention. L'abus sexuel se rapporte au contact ou à la conduite sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée; la coercition physique est un dispositif fréquent mais non essentiel de cette expérience. La négligence a trait au défaut d'un parent ou d'un parent-substitut de satisfaire aux besoins physiques et psychologiques de base d'un enfant (Jack et al., 2006). Plus précisément, la négligence émotionnelle se rapporte au manque des parents à répondre aux besoins psychologiques et affectifs de base, tel l'amour, l'encouragement, le sentiment d'appartenance et d'appui. La négligence physique se rapporte au manque des parents, ou de la personne significative, à répondre aux besoins physiques de base d'un enfant en lien avec la nourriture, l'hébergement, la sécurité, la surveillance et la santé. Finalement, l'exposition à la violence familiale est en lien avec les circonstances dans lesquelles un enfant est témoin d'actes de violence entre une personne qui s'occupe de lui et le ou la conjointe de celle-ci, ou entre d'autres membres de la famille (Jack et al., 2006).

La littérature identifie plusieurs problèmes psychosociaux résultant des mauvais traitements dans l'enfance. En effet, la violence entraîne des impacts négatifs sur le développement et le fonctionnement psychosocial. La nature spécifique de ces effets est déterminée par le type et la sévérité de l'abus, l'âge de l'enfant au moment de l'abus, la durée, la nature de la relation avec l'agresseur et la résilience de l'enfant (Karson, 2001). Mentionnons toutefois que la plupart des recherches étudiant cette problématique se sont basées sur des échantillons de femmes souffrant de troubles psychiatriques. C'est

seulement depuis quelques temps que les effets à long terme des abus dans l'enfance des hommes commencent à attirer l'attention des chercheurs.

Les conséquences sur le fonctionnement général

L'abus et la négligence dans l'enfance peuvent amener des perturbations dans plusieurs sphères du fonctionnement de la personne. Les impacts peuvent se manifester au niveau cognitif, émotionnel, comportemental, interpersonnel et psychophysiologique. Des difficultés par rapport à l'image de soi et des problèmes au niveau de la socialisation et de l'acquisition des attitudes prosociales peuvent aussi être présentes (Righthand, Kerr, & Drach, 2003). Plus précisément au niveau cognitif, il est possible d'observer des difficultés dans la résolution de problèmes ou encore dans l'utilisation des habiletés cognitives permettant la modulation des émotions. Dans le même sens, au plan émotif, nous pouvons constater des difficultés dans la régulation des émotions, entre autres, en rapport avec l'impulsivité, les peurs excessives et l'anxiété. D'ailleurs, une étude (Roy, 2005) auprès de patients abstinents mais présentant une dépendance aux substances, suggère que les traumatismes d'enfance puissent jouer un rôle dans le développement de l'impulsivité. Dans cette même lignée, d'autres auteurs (Brodsy, Malone, Ellis, Dulit, & Mann, 1997) ont découvert que l'expérience d'abus dans l'enfance semblait être un important facteur à considérer dans le développement de l'impulsivité et le dérèglement de la colère. Certaines personnes présentent aussi des difficultés au niveau de leur capacité d'empathie.

Par ailleurs, les individus ayant été victimes d'abus sexuels peuvent présenter une mauvaise perception face à leur concept de soi et à leur corps. Ils peuvent se percevoir comme étant sans valeur et inadéquats, ce qui contribue à long terme au développement d'une faible estime de soi. Les impacts de toutes les formes d'abus peuvent se manifester par des problèmes dans le fonctionnement comportemental pouvant conduire à de l'impulsivité, à la recherche de sensations fortes, à des comportements antisociaux et à des problèmes d'abus de substances. D'ailleurs, il est possible d'observer, parmi les impacts, un défaut de la socialisation et du raisonnement moral. Des difficultés concernant les habiletés sociales peuvent être présentes. En fait, certains individus peuvent démontrer des apprentissages déficitaires en ce qui a trait aux normes de la société indiquant les comportements sociaux appropriés. De plus, ils peuvent se montrer asociaux, déviants ou présenter des distorsions cognitives antisociales en lien avec des sentiments, des attitudes, des croyances et des valeurs qui justifient les mauvais traitements ou les comportements antisociaux généraux. Styron et Janoff-Bulman (1997) ont conclu que des antécédents de mauvais traitements étaient un prédicteur pour certains comportements problématiques de résolution de conflits. Plus précisément, les gens avec des antécédents de mauvais traitement utilisent plus souvent des comportements destructeurs dans les situations de conflits, par exemple la violence physique. L'association à des pairs asociaux, déviants ou antisociaux peut être une des nombreuses conséquences de l'abus et/ou de la négligence dans l'enfance.

Les recherches démontrent de plus en plus que les difficultés d'attachement sont associées à des problèmes au niveau de la régulation des affects, du contrôle des comportements et des difficultés interpersonnelles qui commencent dans l'enfance et qui s'étendent jusqu'à l'âge adulte (Carlson, 1998; Dutton, 1995). Par ailleurs, les résultats de certaines recherches démontrent que les mauvais traitements subis dans l'enfance représentent un facteur de risque significatif pour l'attachement dit « insécure » et l'association à des difficultés relationnelles (Carlson, 1998) de même qu'à des problèmes au niveau de l'intimité (Ducharme, Koverola, & Battle, 1997).

Certains auteurs observent que l'abus physique est le type de maltraitance le plus souvent associé à des manifestations problématiques d'intériorisation et d'extériorisation (Salzinger, Feldman, Ng Mak, Mojica & Stockhammer, 2001). L'intériorisation des problèmes peut se manifester de plusieurs façons, telles la somatisation, les sentiments dépressifs et anxieux et la tendance au retrait. L'extériorisation serait plutôt associée à l'agressivité et aux comportements délinquants. Une étude de Carmen, Rieker et Mills (1984) indique que le genre (féminin, masculin) joue un rôle important, chez les adultes ayant vécu une expérience d'abus, dans la façon de s'y adapter. On a observé que les deux tiers des femmes ayant été victimes d'abus présentaient des symptômes internalisés : de la colère dirigée contre soi, incluant de la dépression, des idéations suicidaires, de l'automutilation. Chez les hommes, seulement 20% présentaient ce type de symptômes. En comparant les hommes entre eux, on observait que 43% présentaient des caractéristiques de stratégies d'adaptation externalisées : de la colère dirigée vers les

autres, incluant des assauts physiques. Finalement, 27% de ces hommes présentaient un style mixte au niveau des stratégies d'adaptation, c'est-à-dire, des symptômes internalisés et externalisés. De façon générale, on peut donc distinguer le comportement des hommes et des femmes abusés dans l'enfance. En effet, les hommes auraient tendance à devenir plus agressifs alors que les femmes auraient tendance à devenir plus passives. Ces données pourraient expliquer pourquoi les femmes sont majoritairement dirigées dans le système de santé, alors que les hommes sont plus souvent dirigés dans le système de justice.

Les études laissent entendre que certaines des personnes qui sont exposées à la violence familiale s'adaptent à leur situation et à leurs sentiments en ayant recours à des stratégies mettant leur santé en péril. Les stratégies d'adaptation et de réaction au stress peuvent être la toxicomanie (Doherty, 2003), les comportements autodestructeurs et les pratiques sexuelles à risque élevé.

Les conséquences sur la santé mentale

De façon plus spécifique, de nombreuses études révèlent que les personnes victimes de mauvais traitements au sein de leur famille risquent davantage d'éprouver des problèmes au niveau de l'estime de soi, de l'anxiété, de la dépression, des pensées suicidaires et du syndrome de stress post-traumatique (Brière & Elliot, 1994; Mertin & Mohr, 2000). Dans le même sens, Karson (2001) constate que le fait d'être exposé à la violence entraîne des effets à long terme tels de l'agressivité, de l'anxiété, de la

dépression, de l'isolement et des idéations suicidaires. D'autres auteurs y ajoutent les comportements auto-destructeurs, de même que des problèmes émotionnels à l'adolescence et à l'âge adulte (Lizardi et al., 1995) et des difficultés psychologiques et psychiatriques (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993).

Les patients hospitalisés et ceux suivis à l'externe, que ce soit des hommes ou des femmes, rapportent des taux significativement supérieurs d'abus sexuels et physiques comparativement à la population générale (Lipschitz et al., 1996; Read, 1997). Comparé avec les patients qui n'ont pas vécu d'abus, les patients ayant été victimes d'abus dans l'enfance développent des symptômes différents et ils entrent dans le système de soins psychiatriques plus tôt dans leur vie. Par ailleurs, ils reçoivent vraisemblablement plus de médication (Read, 1998).

D'autres effets à long terme de l'abus dans l'enfance sont reconnus, plus particulièrement en ce qui concerne les abus sexuels. Ces effets incluent les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les dysfonctions sexuelles, les troubles dissociatifs, les troubles de la personnalité, le trouble d'état de stress post-traumatique et les troubles liés à l'utilisation d'une substance (Beitchman et al, 1992; Finkelhor, 1990). Par ailleurs, les traumatismes sexuels dans l'enfance, en particulier les cas d'inceste ou d'abus sexuel prolongé, sont associés au développement de la personnalité borderline et de la dépression majeure (Lambert, 2003).

Les conséquences sur la criminalité

Des recherches observent que les enfants exposés à une discipline physique sont à risque de délinquance et de comportements criminels (Gershoff, 2002; Strauss, Sugarman, & Giles-Sims, 1997). Dans le même sens, certains auteurs vont jusqu'à dire que le fait d'être exposé à des punitions corporelles pendant l'enfance serait une cause majeure de la délinquance à l'adolescence et des crimes et agressions à l'âge adulte (McCord, 1991; Strauss, 1991). Cependant, notons que ces études sont controversées et que le lien entre la discipline physique et les problèmes extériorisés n'est pas prouvé.

Plusieurs recherches rapportent que les enfants abusés physiquement sont à risque pour une variété de comportements antisociaux, incluant la délinquance et l'abus de substance (Ireland, Smith, & Thornberry, 2002; Ireland & Widom, 1994). Par ailleurs, l'abus physique dans l'enfance a des effets sur les attitudes et les comportements favorisant l'utilisation de la discipline physique, de la criminalité et de la violence familiale ou extra-familiale à l'âge adulte (Malinosky-Rummell & Hansen, 1993). Une étude plus récente de Bierer et ses collègues (2003) révèle que l'abus physique, sexuel et la négligence physique étaient des prédicteurs significatifs pour le trouble de personnalité antisociale.

Steele (1986) constatait, dans les témoignages de détenus recueillis dans les pénitenciers, que plusieurs d'entre eux avaient été victimes de négligence ou de sévices dans leur enfance. Plus récemment, une étude dirigée par le Service Correctionnel du

Canada (SCC) a permis d'examiner les dossiers de violence familiale chez 935 hommes en établissement fédéraux (Conseil national de prévention du crime Canada, 1995). Cette étude visait à évaluer la fréquence des actes de violence familiale commis par les détenus et à examiner les facteurs de risque en relation avec ces actes. L'étude révèle qu'environ la moitié des détenus ont été eux-mêmes victimes de mauvais traitements (physiques, sexuels, psychologiques, ou de négligence) dans leur enfance ou dans leur adolescence, ou qu'ils ont été témoins de violence familiale. Dans les trois quarts des cas de victimisation dans l'enfance (à l'exception des individus uniquement témoins de violence familiale, sans être victimes), les mauvais traitements (physiques, sexuels, psychologiques, ou de négligence) ont été infligés aux détenus par leur père. Dans moins de la moitié des cas, les détenus auraient été brutalisés par leur mère. On note aussi que, dans la plupart des cas, la violence dont les détenus ont été témoins était physique et que la victime était la mère. Il est à noter que les détenus qui ont été des victimes dans leur enfance étaient plus susceptibles ensuite d'être eux-mêmes coupables de violence familiale à l'âge adulte. De même, le fait d'avoir été témoin de violence dans l'enfance était également fortement lié à la perpétration de violence à l'âge adulte. De tels constats sont importants pour la compréhension du problème puisqu'ils indiquent finalement que la violence subie par les détenus dans l'enfance représente une variable prédictive des actes de violence familiale perpétrés à l'âge adulte. Dans le même sens, Weeks et Widom (1998) constatent que plusieurs détenus ont expérimenté un degré relativement élevé de traumatismes pendant leur enfance et leur vie de jeunes adultes. De plus, Lester

(1991) constate que les femmes incarcérées rapportent des taux élevés d'abus dans l'enfance.

Une étude de 604 dossiers institutionnels d'hommes incarcérés au Service correctionnel du Canada (SCC) a tenté de déterminer l'impact des différents types d'abus et de négligence dans l'enfance sur les comportements violents et agressifs (Dutton & Hart, 1992). Les auteurs démontrent que les hommes abusés dans l'enfance étaient trois fois plus souvent engagés dans des actes de violence à l'âge adulte. Ceci s'expliquerait probablement par l'apprentissage résultant d'une exposition à des modèles violents.

Il semble donc évident que le fait d'avoir subi des mauvais traitements dans l'enfance est un puissant facteur pour expliquer le fait que, devenu adulte, un parent inflige à son tour ce type de sévices. Une récente étude démontre une relation claire entre le fait d'avoir été abusé et le risque de perpétrer des abus à l'âge adulte (Heyman & Slep, 2002). Par ailleurs, il semblerait que les crimes de nature sexuelle sont souvent associés à la violence sexuelle subie dans l'enfance, alors que les crimes violents sont plus souvent rattachés à la violence physique subie dans l'enfance (Dutton & Hart, 1992; Ferguson & Lynskey, 1997). Cependant, il faut bien voir que de telles corrélations ne démontrent pas qu'il y ait des liens de causalité directe entre les événements. En effet, il est clair que ce ne sont pas tous les individus ayant été abusés dans l'enfance qui

abuseront à leur tour, de même que ce ne sont pas tous les abuseurs qui ont été abusés dans l'enfance. Néanmoins, ce sont là des facteurs de risque à considérer.

Les conséquences sur les comportements suicidaires

Plusieurs études démontrent la haute fréquence des expériences d'abus et de négligence associée aux tentatives de suicide et au suicide (Wagner, 1997). L'expérience d'événements traumatiques, comme l'abus sexuel, physique et la négligence émotionnelle dans l'enfance, est observée chez les jeunes adultes ayant fait une tentative de suicide (Yang & Clum, 1996).

Plusieurs études rétrospectives ont utilisé le Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 1994) afin de mettre en relation, dans diverses populations spécifiques, les tentatives de suicide et les mauvais traitements subis. Une étude (Roy, 2001) auprès de 100 hommes présentant une dépendance à la cocaïne, révèle que les hommes de ce groupe ayant fait une tentative de suicide présentent des scores significativement plus élevés au CTQ par rapport à l'abus psychologique, physique, sexuel et la négligence émotionnelle et physique. Ces hommes rapportent significativement plus de traumatismes dans l'enfance que ceux n'ayant jamais fait de tentative de suicide. En 2003, le même auteur a fait une étude auprès de 449 patients présentant une dépendance à une substance et identifiant comme drogue de choix l'héroïne ou la cocaïne. Les résultats révèlent que les patients qui ont fait une tentative de suicide obtiennent un score significativement plus élevé au CTQ par rapport aux cinq

types de mauvais traitements, comparativement à ceux qui n'ont jamais fait de tentative de suicide. En 2004, Roy s'intéresse à la relation entre les traumatismes dans l'enfance par rapport à l'âge au moment de la première tentative de suicide, de même qu'au nombre de tentatives de suicide, chez des patients présentant un trouble lié à une substance. Les résultats démontrent que les traumatismes d'enfance peuvent être déterminants par rapport à l'âge au moment de l'apparition des premiers comportements suicidaires et du nombre de tentatives de suicide. L'auteur constate que, plus le nombre de tentatives de suicide augmente, plus les scores au CTQ sont élevés. Par ailleurs, les patients ayant fait leur première tentative de suicide avant l'âge de 20 ans obtenaient aussi un score significativement plus élevé à cette même échelle que ceux ayant fait leur première tentative de suicide après l'âge de 20 ans. Ce même auteur (Roy, 2005) a aussi comparé cinquante patients souffrant de schizophrénie et ayant fait une tentative de suicide à cinquante patients avec le même diagnostic, mais n'ayant jamais fait de tentative de suicide. Les résultats démontrent que les patients schizophrènes ayant fait une tentative de suicide présentent un score significativement plus élevé au CTQ par rapport à l'abus psychologique, physique, sexuel et à la négligence émotionnelle et physique. Cet auteur a recensé que l'expérience de traumatismes dans l'enfance prédispose aux comportements suicidaires dans de nombreux autres troubles psychiatriques.

D'autres auteurs (MacMillan et al., 2001) démontrent que les traumatismes d'enfance prédisposent aux troubles psychiatriques associés à l'impulsivité, notamment

les troubles liés à l'utilisation d'une substance et le trouble de personnalité antisociale, tout comme les comportements suicidaires.

Brown et Anderson (1991) rapportent une accentuation des tendances suicidaires (idéations, tentatives) parmi les patients psychiatriques présentant des antécédents d'abus dans l'enfance. Par ailleurs, les antécédents d'abus semblent être de bons prédicteurs de l'automutilation et des tentatives de suicide dans une variété de troubles de personnalité ou du trouble bipolaire II (van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Ces deux dernières études observent chez les personnes ayant tenté de se suicider plus d'abus physiques, psychologiques et sexuels dans l'enfance.

Read (1998) a fait l'examen des dossiers médicaux de 100 admissions dans une unité de psychiatrie. Les sujets présentaient des diagnostics de schizophrénie pour la plupart, de dépression majeure, de trouble bipolaire et d'abus de substance. Les résultats démontrent un lien entre les mauvais traitements physiques et sexuels dans l'enfance et les tendances au suicide, la durée de l'hospitalisation et l'âge au moment de la première admission. L'auteur a aussi relevé des différences quant au sexe. En effet, selon l'auteur, il semblerait que parmi les patients abusés, les hommes seraient beaucoup plus portés à faire des tentatives de suicide.

Ystgaard, Hestetun, Loeb, et Mehlum (2004) ont interrogé 74 sujets, dont 65% de femmes admises dans un hôpital général à la suite d'une tentative de suicide. Les

diagnostics comprenaient la dépression majeure, les troubles anxieux, l'état de stress post-traumatique et le trouble de personnalité borderline. Les résultats ont permis de constater que 35% avaient vécu des mauvais traitements sexuels graves, 18% avaient expérimenté des sévices physiques graves, 27% avaient souffert de négligence et 31% avaient été témoins de violence familiale. Par ailleurs, les chercheurs ont observé que les mauvais traitements physiques et sexuels étaient associés indépendamment avec les tentatives de suicide répétées, après avoir contrôlé les effets des autres facteurs défavorables en lien avec un comportement suicidaire chronique. Les résultats démontrent que le fait d'avoir été exposé à des sévices sexuels ou physiques est plus élevé chez ceux qui avaient présenté, de façon répétitive, à la fois des tentatives de suicide et de l'automutilation. D'autres recherches vont dans le même sens. Brodsky et ses collaborateurs (1997) font un lien entre les antécédents d'abus dans l'enfance et le nombre de tentatives de suicide à vie. Les résultats tendent à être consistants avec l'hypothèse selon laquelle les abus dans l'enfance seraient un facteur étiologique dans le développement des comportements autodestructeurs. Forman et ses collaborateurs (2004) ont comparé des patients ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide et ont constaté des différences par rapport à la victimisation. En effet, les patients ayant fait plusieurs tentatives de suicide ont rapporté plus d'antécédents d'abus psychologiques dans l'enfance (66% versus 37%).

Des études se sont aussi intéressées à la population carcérale. En ce sens, des chercheurs observent une relation entre les tentatives de suicide et les abus sexuels et

physiques dans l'enfance chez cette clientèle (Lester, 1991; Liebling 1992-1995). Certains auteurs (Mohino Justes et al., 2004) se sont intéressés aux comportements autodestructeurs de jeunes détenus présentant des diagnostics de troubles de la personnalité. Il s'est avéré que les détenus présentant ce type de comportements démontraient des antécédents significativement plus élevés de mauvais traitements (31%) comparativement aux autres (14%). Des auteurs comme Milligan et Andrews (2005), s'intéressant plus spécifiquement à la population féminine, trouvent un lien entre la victimisation sexuelle dans l'enfance et les comportements autodestructeurs chez les femmes incarcérées. Allant dans le même sens, une étude de Daigle et Côté (2006), réalisée cette fois dans des prisons québécoises, démontre qu'il y a plus de victimisation chez les femmes autodestructrices (89,2%) comparativement aux autres femmes (66,7%). D'autres chercheurs utilisant le CTQ (Chapman, Specht, & Cellucci, 2005) se sont intéressés aux différents facteurs associés aux tentatives de suicide chez les femmes incarcérées. Les résultats démontrent que les tentatives de suicide sont positivement corrélées aux abus physiques et psychologiques dans l'enfance, particulièrement après avoir contrôlé le désespoir.

Une étude (Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel, & Bout, 2002) s'est intéressée à la relation entre les événements de vie traumatique et le risque suicidaire chez les détenus. La recherche procédait à une comparaison entre deux groupes, soit celui à faible risque suicidaire et celui à haut risque suicidaire. Bien que les détenus à faible risque suicidaire présentaient déjà une prévalence élevée d'événements de vie

traumatiques, les détenus suicidaires présentaient des taux encore plus élevés. Les détenus suicidaires ont rapporté plus d'épisodes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques et psychologiques et d'abandon que dans le groupe non-suicidaire. Ils ont conclu que le risque suicidaire dépendait du type d'évènement de vie, du moment de l'évènement et de la personne impliquée dans l'évènement.

L'objectif et les hypothèses de recherche

L'objectif global de la recherche est de comparer des hommes dépistés à risque suicidaire élevé « modéré ou sévère » et d'autres dépistés comme étant à risque moindre « sous-clinique ou faible » et ceci en fonction des abus subis dans l'enfance. L'objectif est donc de mettre en évidence la présence ou non d'un lien significatif entre le risque suicidaire chez des hommes bénéficiant de services psychosociaux et les abus subis dans l'enfance. Par une meilleure connaissance de la réalité des hommes face aux abus vécus dans l'enfance, il sera possible de réfléchir à des pistes d'intervention et/ou d'évaluation pouvant améliorer les services offerts aux hommes en besoin d'aide.

Plus précisément, notre hypothèse principale est que les hommes présentant un risque suicidaire élevé (modéré ou sévère) devraient rapporter un taux significativement plus élevé de mauvais traitements dans l'enfance, comparativement aux hommes ayant été évalués à risque suicidaire moindre (sous-clinique ou faible). L'hypothèse secondaire prétend que les antécédents d'abus dans l'enfance pourraient contribuer à augmenter la présence de certains problèmes émotionnels, comportementaux et cognitifs reliés au

risque suicidaire et qui peuvent aussi être largement représentés chez les hommes présents dans des ressources communautaires.

La définition des variables

Dans cette recherche, la variable indépendante est l'abus dans l'enfance (mesurée au CTQ) alors que la variable dépendante est le risque suicidaire (mesuré au SPS).

1. Le risque suicidaire

Il est possible d'évaluer le «risque» suicidaire d'un individu, c'est-à-dire la probabilité qu'un individu pose éventuellement un geste suicidaire, qui soit fatal ou non, à l'intérieur d'une période de temps déterminée à l'avance. Il s'agit d'un pronostic et des facteurs multiples sont associés à son évaluation. Selon le Ministère de la santé et des services sociaux (1998), les facteurs ne seraient ni indépendants, ni exclusifs et se regrouperaient selon trois catégories, soit les facteurs liés à l'individu, les facteurs liés au milieu social et les facteurs environnementaux immédiats ou les événements circonstanciels. Bien évidemment, il faut être conscient de la portée limitée de l'évaluation précise du risque de suicide. L'évaluation générale du risque suicidaire suppose en fait une estimation continue d'un risque (de «nul» à «élevé»), ce qui est tout à fait différent d'une «prédiction» de suicide.

2. Les traumatismes d'enfance

Selon la littérature, il existe cinq catégories de mauvais traitements, soit l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence, l'abus psychologique et l'exposition à la violence familiale (le fait d'en être témoin). Tel que vu précédemment, l'abus psychologique se rapporte à des agressions verbales par rapport à la valeur de l'enfant, par des propos humiliants, abaissants. L'abus physique réfère à des assauts physiques infligés à un enfant par une personne plus âgée et qui peuvent causer des blessures. L'abus sexuel se rapporte au contact ou à la conduite sexuelle entre un enfant et une personne plus âgée; la coercition physique est un dispositif fréquent mais non essentiel de cette expérience. La négligence émotionnelle se rapporte au manque des parents à répondre aux besoins psychologiques et affectifs de base, tel l'amour, l'encouragement, le sentiment d'appartenance et d'appui. La négligence physique se rapporte au manque des parents, ou de la personne significative, à répondre aux besoins physiques de base d'un enfant en lien avec la nourriture, l'hébergement, la sécurité, la surveillance et la santé. Finalement, l'exposition à la violence familiale est en lien avec les circonstances dans lesquelles un enfant est témoin d'actes de violence entre une personne qui s'occupe de lui et le ou la conjoint(e) de celle-ci, ou entre d'autres membres de la famille.

Méthode

Les participants

La cueillette de données s'est faite auprès d'hommes qui fréquentent les services offerts par l'organisme CHOC (Carrefour d'hommes en changement). De par sa vocation traditionnelle, cet organisme lavallois fait partie du Réseau québécois de prévention et de prise en charge des hommes auteurs de violences conjugales. Cependant, une partie de la clientèle de CHOC participe plutôt au service MASC qui œuvre auprès des hommes à risque suicidaire. Cette dernière clientèle n'est donc pas associée à la problématique de violence conjugale traitée dans le premier groupe.

Les instruments de mesure

Deux instruments de mesure seront utilisés pour cette recherche, soit le SPS (Suicide Probability Scale) et le CTQ (Childhood Trauma Questionnaire).

Le risque suicidaire. La variable dépendante est mesurée à l'aide du *Suicide Probability Scale* (SPS; Cull & Gill, 1998) qui comprend 36 questions (voir Appendice A). Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert en quatre points, échelle variant de « jamais ou rarement » « quelque fois » « assez souvent » à « la plupart du temps ou toujours ». La fréquence de ses cognitions, émotions et comportements est ainsi révélée par rapport à un énoncé. Le test comprend quatre sous-échelles qui permettent d'évaluer chez le répondant, le niveau de désespoir (12 items),

d'idéation suicidaire (8 items), d'évaluation négative de soi (9 items) et d'hostilité (7 items). Ces quatre derniers éléments sont considérés ici comme des facteurs associés au risque suicidaire. Cet instrument permet de classer un individu selon une catégorie particulière de risque suicidaire : Sous-clinique, Faible, Modéré ou Sévère. Ce test permet d'identifier la probabilité statistique d'un passage à l'acte, probabilité reliée aux caractéristiques personnelles et cliniques des personnes ayant déjà fait une tentative de suicide grave. Les résultats obtenus sont sous la forme d'un score t normalisé et un score p de probabilité relative à une population spécifique. Les scores sont interprétés en fonction d'une moyenne estimée à 50 et d'un écart type de 10. La validation française de ce questionnaire a été réalisée par une équipe de chercheurs québécois (Daigle, Labelle & Côté, 2006; Labelle, Daigle, Pronovost, & Marcotte, 1998). Le *SPS* a été conçu pour les adolescents âgés de 14 ans et plus, ainsi que pour les adultes. L'instrument nécessite une capacité de lecture correspondant à une quatrième année scolaire. Dans le cadre de la présente étude, la *SPS* sert à identifier les personnes appartenant à la catégorie « élevée » (regroupant les cas « modérés » ou « sévères ») par opposition à celles appartenant à la catégorie moindre (regroupant les cas « sous-cliniques » ou « faibles »), ceci dans le but d'effectuer une comparaison des deux groupes.

Voici de façon plus détaillée ce que mesurent les différentes sous-échelles du *SPS*. Ces distinctions ont été établies à l'aide du manuel permettant l'interprétation du *SPS* (Cull & Gill, 1995). Par ailleurs, mentionnons que l'hypothèse secondaire de cette recherche sera testée par rapport à ces facteurs de risque.

La sous-échelle idéation suicidaire reflète les pensées ou les comportements d'un individu associés au suicide. Les réponses aux différents items peuvent fournir des indications importantes par rapport à la fréquence des idéations suicidaires, les raisons permettant d'envisager le suicide comme une solution et la signification du geste suicidaire dans un contexte interpersonnel.

Les trois autres sous-échelles, soit celles mesurant le désespoir, l'évaluation négative de soi et l'hostilité sont davantage identifiées comme des dimensions spécifiques du risque suicidaire.

La sous-échelle de désespoir permet d'évaluer le mécontentement global d'un individu face à la vie, de même que les attentes négatives généralisées face à l'avenir. Bien que cette sous-échelle inclut plusieurs items reflétant des construits plus généraux de dépression ou d'humeur dysphorique, la plupart des items sont plus spécifiques au désespoir. Un score élevé à cette sous-échelle peut laisser entrevoir une attitude globale de pessimisme et de désespoir. Le contenu des différents items reflète la solitude, le désespoir, l'humeur dysphorique, l'impression d'être dépassé par les circonstances et le fait de se sentir inutile face à la vie et incapable d'effectuer un changement (impuissance). La sous-échelle évaluation négative de soi reflète l'évaluation subjective d'un individu se disant que les choses ne vont pas bien, que son entourage est non disponible, non soutenant et qu'il est difficile de faire quelque chose d'intéressant. Les

items sont regroupés dans deux facteurs: soit les sentiments d'intimité avec l'entourage et les sentiments de confiance en soi et d'estime soi. La sous-échelle hostilité reflète une tendance de l'individu à briser ou lancer des choses lorsqu'il est furieux ou vexé. Cette sous-échelle inclut un groupe d'items reflétant l'hostilité, l'isolement et l'impulsivité.

Les traumatismes d'enfance. Le *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1998) comprend 28 items et il inventorie les différents types de traumatismes d'enfance (voir Appendice B). Il est approprié pour les adolescents de 12 ans et plus et pour les adultes. Le CTQ renseigne à propos de cinq types de mauvais traitements : abus psychologique, abus physique, abus sexuel, négligence émotionnelle et négligence physique. Chaque type de mauvais traitements est représenté par cinq items qui constituent le score de chaque sous-échelle. Le CTQ inclut aussi trois items en lien avec la minimisation et le déni afin de détecter les faux négatifs des traumas rapportés, s'il y a lieu. Le questionnaire en entier prend environ 5 à 10 minutes à compléter. Le répondant inscrit sa réponse sur une échelle de type Likert en 5 points correspondant à : « jamais vrai », « rarement vrai », « quelques fois vrai », « souvent vrai », « très souvent vrai ». Les items du CTQ reflètent les définitions courantes de l'abus et de la négligence répertoriées dans la littérature traitant des traumatismes de l'enfance. L'instrument fournit une mesure quantitative des traumatismes d'enfance, permettant plus de précision dans la catégorisation de la sévérité des expériences traumatiques. Cette classification comporte quatre niveaux de mauvais traitements, soit « aucun à minime », « faible à modéré », « modéré à sévère » et « sévère à extrême ». Le

CTQ démontre un haut niveau de fidélité et de validité (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997; Bernstein, et al., 1994). La cohérence interne de l'instrument a été évaluée auprès de plusieurs types de population (Bernstein & Fink, 1998), par exemple des adultes avec des problèmes de consommation, des adolescents en psychiatrie, des adultes avec des problèmes psychiatriques, des patients souffrant de fibromyalgie, des patients souffrant de polyarthrite, des diplômés du collège, etc. La moyenne du niveau de fidélité de ces groupes se classe de satisfaisante à excellente avec un haut niveau, en particulier, pour l'échelle d'abus sexuel et un plus bas niveau pour l'échelle de négligence physique. La traduction française de l'instrument, utilisée pour le présent projet, a été faite par une équipe de chercheurs québécois (Lacharité, Desaulniers, & St-Laurent, 2002). Elle possède un complément (CTQII) permettant de vérifier si la personne évaluée a aussi été témoin de mauvais traitements à l'endroit des membres de sa famille. Le CTQII comporte trois sous-échelles : Témoin d'abus émotionnel, Témoin d'abus physique et Témoin d'abus sexuel. Pour les analyses statistiques du CTQ, des regroupements dans la classification à quatre niveaux ont été faits. De cette façon, les résultats sont présentés en agglomérant les catégories de résultats « aucun à minime » et « faible à modéré » par opposition aux catégories plus cliniques, soit « modéré à sévère » et « sévère à extrême ». Le CTQ est ainsi interprété en termes de catégories binaires (non-clinique versus clinique), ceci afin de faciliter l'interprétation des résultats.

Après la passation des deux questionnaires (CTQ et SPS), deux questions additionnelles étaient également posées par écrit aux participants : « Au cours de votre

vie, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ? »; « Au cours de votre vie, avez-vous posé d'autres gestes contre vous ? ». Dans chaque cas, les participants affirmatifs devaient ensuite préciser le nombre de gestes accomplis.

Le déroulement

Dans cet essai doctoral, 26 participants provenant de l'organisme communautaire CHOC (Carrefour d'hommes en changement) ont été rencontrés par le personnel de l'établissement afin de se faire présenter la recherche et signer le formulaire de consentement (voir Appendice D). Par la suite, les deux questionnaires, le SPS et le CTQ, leurs ont été remis afin qu'ils les complètent de façon auto-révlée. Un responsable de l'établissement a été chargé de mettre les questionnaires complétés dans une enveloppe et de les faire parvenir à l'université pour l'analyse des données.

Résultats

Cette section présente les résultats obtenus suite à la compilation des questionnaires (CTQ et SPS) remplis par les hommes qui fréquentent les services offerts par l'organisme CHOC (Carrefour d'hommes en changement). Dans un premier temps, les résultats des comparaisons entre les participants du groupe MASC (service pour les hommes à risque suicidaire) et ceux du groupe CHOC (carrefour d'hommes en changement, problématique de violence) seront présentés. Les principales comparaisons de moyennes aux questionnaires SPS et CTQ ont été effectuées à l'aide de Tests-T. La vérification de l'hypothèse principale de recherche est réalisée. L'hypothèse secondaire est testée à l'aide du Khi carré (Pearson Chi-Square) afin de vérifier la présence de corrélations entre les sous-échelles du CTQ et celles du SPS.

Mentionnons en tout premier lieu que l'échantillon de départ comprenait 26 sujets. Cependant, il a été décidé d'éliminer un sujet en raison du trop grand nombre d'omissions (18/36) au questionnaire SPS, ce qui le rendait incomplet pour l'analyse. Les analyses ont donc été réalisées sur un échantillon de 25 participants. Les résultats obtenus permettent de croire que les différents scores aux sous-échelles du SPS et du CTQ sont semblables pour les deux groupes (MASC vs CHOC); ils ne diffèrent pas significativement (Tableau 1). C'est d'ailleurs pour cette raison que la suite des analyses sera faite sur le total des participants. D'autant plus que la composition du groupe MASC représente un faible échantillonnage de participants (4), comparativement au groupe CHOC (21), ce qui limiterait grandement la valeur des tests statistiques, notamment du Khi carré. La seule différence significative qui est constatée entre les

deux groupes est en lien avec la variable âge ($t = 3,918$ $p = 0,001$) : pour le groupe MASC, l'âge moyen est de 48,5 ans (ÉT= 10,54) et pour le groupe CHOC, l'âge moyen est de 33,47 ans (ÉT= 5,98). Ceci ne représente pas en soi un critère important dans la recherche actuelle. Dans l'échantillonnage actuel, les participants sont âgés entre 25 et 64 ans ($M = 36,33$; ÉT= 9,05).

Tableau 1

Comparaison de moyennes entre les participants du groupe MASC et ceux du groupe CHOC

	Moyennes (et écarts-type)				
	MASC	CHOC	TOTAL	t	p
CTQ - TOTAL	68,00 (27,98)	54,50 (21,95)	56,66 (22,91)	1,084	,290
Abus émotionnel	14,50 (8,74)	13,69 (6,71)	13,82 (6,87)	0,21	,834
Abus physique	12,25 (6,80)	9,00 (4,62)	9,52 (5,00)	1,202	,242
Abus sexuel	15,50 (8,81)	7,86 (6,67)	9,08 (7,41)	2,006	,057
Négligence émotionnelle	15,00 (5,29)	14,52 (5,90)	14,60 (5,71)	0,150	,882
Négligence physique	10,75 (3,86)	9,43 (3,80)	9,64 (3,76)	0,636	,531
SPS - TOTAL	73,50 (9,29)	65,33 (8,99)	66,64 (9,35)	1,658	,111
Désespoir	70,25 (8,46)	64,19 (8,88)	65,16 (8,93)	1,258	,221
Idéations suicidaires	71,00 (8,76)	62,52 (8,73)	63,88 (9,12)	1,780	,088
Évaluation négative	62,25 (10,18)	54,33 (13,63)	55,60 (13,29)	1,097	,284
Hostilité	69,75 (2,22)	67,81 (8,54)	68,12 (7,87)	0,445	,661

Pour le CTQ, les catégories binaires (clinique vs non-clinique) qui ont été créées nous permettent de dire que 52% de notre échantillon est évalué avoir vécu un niveau « modéré à sévère (clinique) » d'abus émotionnel dans l'enfance. Le même résultat est aussi observé en ce qui concerne la négligence émotionnelle (52% présente un niveau clinique). Les trois autres types d'abus: l'abus physique, l'abus sexuel et la négligence physique sont tous évalués « non-cliniques » de façon respective pour 64%, 72% et 60% de nos participants. Les résultats indiquent que les hommes du groupe MASC (volet intervention pour suicidaires) présentent des scores plus élevés (cliniques) à l'échelle abus sexuel ($t = 5,218$, $p = 0,022$). Cependant, ce résultat doit être interprété davantage comme une tendance plutôt que de façon franchement significative étant donné le nombre restreint de participants composant le groupe MASC (4).

Pour le SPS, les résultats indiquent que 14 participants sont à risque « moindre » (56% de l'échantillon) et 11 participants à risque « élevé » (44% de l'échantillon). Suite aux calculs plus précis des différentes sous-échelles du SPS, l'évaluation du risque suicidaire se présente comme suit chez les participants : 16% sont considérés à risque sous-clinique, 40% sont à risque faible, 20% sont à risque modéré et 24% sont à risque sévère.

Antécédents de comportements suicidaires

À la question : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ? », 16 participants ont répondu « non », 8 participants ont répondu « oui » et 1 participant a omis de répondre. Trois des huit répondants affirmatifs ont fait au moins une tentative, deux participants en ont fait deux, un participant en a fait trois et un en a fait quatre. À la question « Au cours de votre vie, avez-vous posé d'autres gestes contre vous ? », la majorité des répondants ont répondu « non » (18) alors que 5 hommes ont répondu « oui ». Deux participants ont omis de répondre à cette question. Le nombre de gestes posés contre eux allait de deux à six fois.

Lorsqu'on s'intéresse à la fois aux antécédents totaux de comportements suicidaires (incluant les tentatives de suicide et les gestes posés contre eux), nous avons neuf participants qui répondent « oui », quinze participants qui répondent « non » et un participant qui a omis de répondre. Les résultats démontrent que ce ne sont pas tous les participants présentant un risque suicidaire élevé qui ont des antécédents de comportement autodestructeur (tentative de suicide ou autre geste). Plus précisément, seulement 45,5% de l'échantillon présentent à la fois des antécédents autodestructeurs et un risque suicidaire élevé. C'est donc dire que 54,5% de l'échantillon présentent un risque suicidaire élevé sans qu'il soit question de la présence de comportement autodestructeur antérieur.

Quant au lien entre antécédents de comportements autodestructeurs (tentatives de suicide et gestes posés contre eux) et CTQ, l'on observe que les sujets avec comportements autodestructeurs antérieurs ont presque toujours des scores plus élevés au CTQ. Cependant, les différences sont rarement significatives, sauf pour la variable abus sexuel qui démontre une corrélation significative en lien avec cette variable ($r=4,854$, $p=0,028$). Les résultats indiquent une différence significative entre les participants présentant des antécédents de comportements autodestructeurs et ceux n'en présentant pas, mais seulement face à une variable. En effet, les participants avec des antécédents de comportements autodestructeurs présenteraient des résultats significativement plus élevés à l'échelle d'abus sexuel [$t(9,653) = -2,457$, $p < 0,05$].

Vérification des hypothèses

Par delà la présence ou non d'antécédents de comportements autodestructeurs, la question centrale de cette recherche consiste à vérifier si les participants présentant un *risque* suicidaire élevé (modéré ou sévère) rapportent un taux significativement plus élevé de mauvais traitements dans l'enfance, tel que mesuré par le CTQ, comparativement aux participants ayant été évalués à risque suicidaire moindre (sous-clinique ou faible). Le résultat des analyses statistiques démontre qu'il y a une différence significative entre les participants présentant un risque suicidaire « élevé » et ceux présentant un risque suicidaire « moindre » (Tableau 2). Ces différences apparaissent quant à l'abus émotionnel [$t(23) = -2,329$, $p < 0,05$], l'abus sexuel [$t(10,638) = -2,857$, $p < 0,05$], la négligence émotionnelle [$t(23) = -3,843$, $p < 0,01$] et la négligence physique

$t(14,256) = -3,650, p < 0,01$]. En effet, les participants évalués au SPS à risque suicidaire « élevé » présentent des moyennes significativement plus élevées par rapport à ces différents types d'abus (émotionnel, sexuel, négligence émotionnelle, négligence physique) mesurés au CTQ. Par ailleurs, dans l'ensemble, les participants à risque suicidaire « élevé » obtiennent des résultats significativement plus élevés par rapport au score total du CTQ $t(23) = -4,070, p < 0,001$]. La seule sous-échelle où il n'y a pas de différence significative entre les participants à risque suicidaire « moindre » et ceux à risque suicidaire « élevé » est celle mesurant l'abus physique $t(23) = -1,792, p > 0,05$].

Tableau 2

Comparaison de moyennes entre les participants évalués à risque suicidaire moindre et ceux évalués à risque suicidaire élevé au SPS

	RISQUE SUICIDAIRE (moyennes et écart-types)		<i>t</i>	<i>p</i>
	Moindre	Élevé		
Abus émotionnel	11,21 (6,04)	17,14 (6,64)	-2,329	,029*
Abus physique	8,00 (4,87)	11,45 (4,68)	-1,792	,086 (n.s)
Abus sexuel	5,50 (1,87)	13,64 (9,30)	-2,857	,016*
Négligence émotionnelle	11,50 (4,64)	18,55 (4,44)	-3,843	,001**
Négligence physique	7,57 (2,03)	12,27 (3,88)	-3,650	,003**
TOTAL-CTQ	43,79 (15,10)	73,05 (20,88)	-4,070	,000***

Note : * $p < ,05$. ** $p < ,01$. *** $p < ,001$.

L'hypothèse secondaire avançait que les abus dans l'enfance pourraient contribuer à augmenter la présence de certains facteurs reliés au risque suicidaire. Les résultats des analyses indiquent effectivement que la majorité des corrélations entre les sous-échelles et échelles totales du SPS et du CTQ sont positives et significatives (Tableau 3). Plus précisément, toutes les sous-échelles et l'échelle totale du SPS sont corrélées significativement avec l'échelle totale du CTQ. De la même façon, toutes les sous-échelles et l'échelle totale du CTQ sont corrélées significativement avec le score total du SPS. Les sous-échelles Négligence émotionnelle et Négligence physique du CTQ sont toujours corrélées significativement avec toutes les sous-échelles du SPS. Les autres corrélations sont moins constantes, la sous-échelle Hostilité du SPS étant la moins associée aux autres. Les corrélations significatives varient entre 0,416 et 0,638.

Tableau 3

Corrélations entre les résultats au SPS et au CTQ

	SPS- Total	Désespoir	Idéations suicidaires	Évaluation négative	Hostilité
CTQ -Total	,638 **	,580**	,526**	,584**	,416*
Abus émotionnel	,428*	,396	,227	,549**	,309
Abus physique	,433*	,442*	,319	,452*	,224
Abus sexuel	,531**	,462*	,631**	,268	,235
Négligence émotionnelle	,579**	,491*	,424*	,606**	,507**
Négligence physique	,605**	,565**	,477*	,504*	,438*

Note : * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Être témoin d'abus émotionnel, physique et/ou sexuel

Les résultats des corrélations entre le SPS et la deuxième partie du CTQ, concernant cette fois le fait d'avoir été témoin plutôt que victime, sont moins souvent significatifs (Tableau 4). Les corrélations significatives sont constantes entre, d'une part, le SPS Total et sa sous-échelle Désespoir et, d'autre part, le CTQII Total et toutes ses sous-échelles. Les autres corrélations sont moins constantes, alors que la sous-échelle Évaluation négative du SPS n'est jamais corrélée significativement avec le CTQII.

Tableau 4

Corrélations entre les résultats au SPS et au CTQII

	SPS- Total	Désespoir	Idéations suicidaires	Évaluation négative	Hostilité
CTQII -Total	,638 **	,546**	,402*	,309	,420*
Témoin abus émotionnel	,428*	,413*	,214	,391	,360
Témoin abus physique	,511**	,531**	,262	,300	,502*
Témoin abus sexuel	,517**	,470*	,560**	,078	,231

Note : * $p < ,05$. ** $p < ,01$.

Être témoin et victime d'abus

En terminant, mentionnons que le score total du CTQI et le score total du CTQII sont fortement corrélés ($r=0,811$, $p= 0,000$). C'est donc dire qu'il y a de fortes corrélations entre le fait d'être victime et celui d'être témoin d'abus.

Discussion

La section qui s'entame s'affaira à faire ressortir les différences et les ressemblances entre les données exposées préalablement dans la section résultat et celles disponibles dans la littérature traitant du même type de problématique. L'interprétation des résultats aidera à fournir des pistes de réflexion pouvant expliquer les résultats obtenus. Les hypothèses de recherche seront ainsi analysées et mises en lien avec les connaissances actuelles dans le domaine.

Cette recherche visait à comparer deux groupes d'hommes, soit un groupe identifié à risque suicidaire moindre et un autre à risque suicidaire élevé, afin de savoir si le fait d'avoir été victime d'abus dans l'enfance avait une influence sur cette variable. Cette comparaison ayant été effectuée, cette section vise l'interprétation des résultats à la lumière de l'hypothèse de départ. Le deuxième point à traiter concerne les conséquences des différents types d'abus dans l'enfance face à certaines variables associées au risque suicidaire qui ont été mesurées à l'aide du SPS. Nous commenterons ici les différents résultats obtenus lors des analyses statistiques. Suivra une brève discussion par rapport aux retombées possibles de la recherche et quelques suggestions pour des recherches futures. Pour terminer, nous apporterons un regard critique sur la présente recherche en exposant ses forces et ses limites.

Vérification des hypothèses

Abus dans l'enfance et risque suicidaire

L'hypothèse principale de cette recherche s'énonçait comme suit : les hommes présentant un risque suicidaire élevé devraient rapporter un taux significativement plus élevé de mauvais traitements dans l'enfance, comparativement aux hommes ayant été évalués à risque suicidaire moindre. Cette hypothèse a été confirmée et semble être corroborée par la littérature. En effet, une revue de la littérature concernant la relation entre l'abus dans l'enfance et le risque suicidaire à l'adolescence ou à l'âge adulte conduite entre 1988 et 1998 (Santa Mina & Gallop, 1998) a rapporté que, dans 21 études, un rapport significatif a été trouvé entre l'abus dans l'enfance et l'une ou l'autre de ces variables soit les tentatives de suicide et/ou les idéations suicidaires. Par ailleurs, nos résultats vont un peu dans le même sens qu'une recherche menée par Sfoggia, Pacheco et Grassi-Oliveira en 2008. L'étude consistait à comparer 120 patients hospitalisés en psychiatrie. Les deux groupes étaient formés en fonction de la présence ou de l'absence de comportements suicidaires rapportés à leur admission en psychiatrie, pour être ensuite comparés à d'autres variables. Les abus subis dans l'enfance faisaient partie des variables mesurées et l'instrument de mesure utilisé était le CTQ. Les résultats de cette étude indiquent une différence significative entre les deux groupes. Les cinq sous-échelles du CTQ de même que le score total étaient tous plus élevés chez les patients ayant présenté des comportements suicidaires. De plus, l'étude réalisée par Roy et Janal (2006) présente des résultats au CTQ significativement plus élevés chez les

personnes ayant déjà fait une tentative de suicide que chez les personnes n'ayant jamais fait de tels gestes. Par ailleurs, une récente étude concernant les différents facteurs de risque en lien avec les tentatives de suicide chez les prisonniers (Sarchiapone, Carli, Giannantonio & Roy, 2009) a démontré des résultats similaires. En effet, les différentes sous-échelles du CTQ et le score total du CTQ présentent tous des scores significativement plus élevés chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide ou ayant des idéations suicidaires. Il est certain que la recherche précédente s'intéressait davantage aux comportements suicidaires plutôt qu'au risque suicidaire, mais comme ces deux variables sont intimement liées, il est intéressant d'observer des similitudes avec nos résultats. En ce qui nous concerne, il est intéressant de constater que quatre des cinq sous-échelles du test (le CTQ) évaluant les abus dans l'enfance indiquent une différence significative entre nos deux groupes.

Abus émotionnel et risque suicidaire

Nos résultats indiquent que le degré d'abus émotionnel vécu par les participants présentant un risque suicidaire élevé est plus important que chez les participants à risque suicidaire moindre. Ce résultat va dans le même sens qu'une étude réalisée par Sarchiapone, Carli, Cuomo et Roy (2007) s'intéressant à des patients souffrant de dépression majeure. Le but de l'étude était de comparer les patients ayant déjà fait une tentative de suicide par rapport à d'autres qui n'en ont jamais fait. Leur hypothèse de départ était que les patients présentant une dépression majeure avec des antécédents de tentatives de suicide rapporteraient un taux plus élevé d'abus dans l'enfance. Les

résultats de leurs analyses confirment leur hypothèse. En effet, les patients ayant des antécédents de tentatives de suicide présentent un score total au CTQ significativement plus élevé. De façon plus précise, ils observent des résultats plus élevés à l'échelle d'abus émotionnel et à celle de négligence émotionnelle. Nous pouvons expliquer ces résultats en fonction des impacts que l'abus émotionnel peut avoir sur les individus qui la subissent. En effet, comme d'autres recherches l'ont aussi rapporté, l'abus émotionnel peut fragiliser l'individu à plusieurs niveaux. Les hommes ayant vécu ce type d'abus sont plus susceptibles de présenter, par exemple, une faible estime de soi et de faibles capacités de résolution de problèmes. Ainsi, ces lacunes à leur stabilité psychologique peuvent les rendre plus vulnérables et augmenter les facteurs influençant le degré de risque suicidaire.

Abus sexuel et risque suicidaire

Le degré d'abus sexuel, mesuré à l'aide du CTQ, est aussi plus important chez les hommes à risque suicidaire élevé que chez les hommes à risque suicidaire moindre. Ce résultat corrobore en quelque sorte les résultats obtenus par d'autres chercheurs (Hardt et al., 2008). Le but de cette dernière étude était d'évaluer l'association entre diverses adversités survenues dans l'enfance et les tentatives de suicide. Un total de 575 patients ont été évalués au moyen d'une entrevue structurée. C'est 17 % de l'échantillon qui a rapporté une tentative de suicide par le passé. Les résultats indiquaient, entre autres, que deux formes de violence subie dans l'enfance (c'est-à-dire l'abus sexuel et les punitions physiques sévères) étaient associées à un risque accru de tentative de suicide.

Les chercheurs vont même jusqu'à dire que l'abus sexuel dans l'enfance est un prédicteur extrêmement significatif pour les tentatives de suicide. Leurs résultats démontrent que les participants ayant subi ce type de sévices ont un risque 3,5 fois plus élevé de faire une tentative de suicide comparativement aux autres n'ayant pas subi d'abus sexuel. De façon similaire, une puissance prédictive élevée a tout aussi caractérisé la punition physique « dure ». Des études dans la population générale ont démontré que l'abus sexuel dans l'enfance est associé à l'augmentation des comportements suicidaires à l'âge adulte (Davidson, Hughes, George & Blazer, 1996). Une autre étude conclut à l'existence d'une forte association entre l'abus sexuel dans l'enfance et les comportements suicidaires (Molnar, Berkman & Buka, 2001). L'étude de Roy et Janal (2006) explique que la plus grande fréquence de tentatives de suicide observée chez les femmes pourrait être en partie attribuée à la présence plus élevée d'abus sexuel dans l'enfance chez les filles. L'essai actuel supporte l'idée que même chez les hommes, la présence d'abus sexuel est un facteur qui augmente le risque suicidaire. Comme quoi il pourrait réellement y avoir un lien de causalité entre l'abus sexuel et l'élévation du risque suicidaire, étant donné la présence importante de certains comportements suicidaires de type automutilation ou tentative de suicide chez les victimes. Nos propres résultats ne nous surprennent donc pas car l'abus sexuel est sans doute un des types d'abus qui affecte le plus l'intégrité physique et psychologique d'un individu. Son sentiment de sécurité en est clairement affecté. Par ailleurs, l'abus sexuel est aussi souvent corrélé au développement ultérieur de problèmes de santé mentale

(détresse psychologique) et de consommation qui font, pour leur part, partie des facteurs de risque importants du suicide.

Négligence émotionnelle/physique et risque suicidaire

Une autre sous-échelle du CTQ qui rapporte un degré plus important chez les hommes à risque suicidaire élevé est celle mesurant la négligence émotionnelle. Ce type de résultat est plutôt conforme à l'ensemble de la littérature disponible sur le sujet, autant auprès de la population générale qu'auprès de ceux souffrant de désordres psychiatriques. En fait, ce type de trauma peut être considéré comme un facteur de risque distal qui prédispose des individus au développement postérieur du comportement suicidaire. La recherche de Sarchiapone et al. (2007), par ses analyses de régression, conclut que seulement la sous-échelle négligence émotionnelle du CTQ est indépendamment associée à une augmentation significative des chances de comportements suicidaires, tout comme le fait d'être une femme, d'être sans emploi et de présenter des indices d'agressivité. Un score plus élevé chez les participants présentant un risque suicidaire élevé est aussi observé au niveau de la sous-échelle mesurant la présence de négligence physique. Les recherches départageant les deux concepts de négligence, soit celui de négligence émotionnelle et celui de négligence physique sont peu nombreuses. En fait, on aborde plus souvent qu'autrement le concept de négligence au sens global du terme pour traiter de ses effets à long terme. Le cas de la négligence est particulier, parce que c'est davantage l'absence de quelque chose (soin, affection, amour, etc.) qui apporte un lot de difficultés. On commet un geste de violence

(physique, psychologique ou sexuel), mais on omet d'agir en ce qui concerne la négligence. Le fait de ne rien faire est donc tout aussi désastreux que de faire quelque chose. Se faire ignorer peut être tout aussi souffrant que d'être l'objet de sévices plus directs. Certaines victimes ont l'impression d'être en « relation » avec la personne qui inflige la violence, même si ce type de relation est tout à fait malsain. Les personnes négligées vivent l'absence de relation, même aussi mauvaise qu'elle le soit.

Abus physique et risque suicidaire

Enfin, une seule sous-échelle du CTQ n'indique pas de différence significative entre les deux groupes. Il s'agit de l'échelle mesurant l'abus physique. Les hommes ayant subi ce type d'abus dans l'enfance ne présenteraient pas un risque suicidaire plus élevé, malgré le fait qu'on observe une tendance certaine à ce niveau. Ce résultat semble en contradiction avec plusieurs résultats de recherches antérieures. Dans une revue de la littérature sur le sujet, Malinosky-Rummel et Hansen (1993) ont rapporté que l'abus physique était associé à des comportements auto-destructeurs et suicidaires. Par ailleurs, il faut dire que le résultat de nos analyses est surprenant puisque, auparavant, d'autres recherches ont établi un lien entre l'abus physique et le développement de l'impulsivité/agressivité que nous savons facteur contribuant aux comportements suicidaires. D'ailleurs, Brodsky et Stanley (2008) rapportaient que des recherches s'étaient intéressées aux traits de personnalité contribuant aux comportements suicidaires (c'est-à-dire l'impulsivité et l'agression) et à la façon dont ils peuvent se développer lorsqu'ils sont liés à des expériences abusives tôt dans la vie. Auparavant,

Brodsky et al.(2001) ont conclu que l'abus dans l'enfance pouvait être un facteur de risque environnemental pour le développement des traits impulsifs et agressifs ainsi que pour les tentatives de suicide chez les adultes dépressifs. Par ailleurs, Dumais et al. (2005) ont constaté que les troubles de la personnalité impulsifs/agressifs étaient un facteur prédictif indépendant du suicide complété dans la dépression majeure. C'est pourquoi nous nous attendions à des résultats différents. Nous aurions cru que l'abus physique pouvait contribuer à augmenter la présence de comportements jugés plus hostiles de type impulsif et agressif et que ceux-ci auraient du même coup augmenté le risque suicidaire. Or ce n'est pas le cas. Il est possible de croire que la population cible de notre étude (hommes présentant en majorité une problématique de violence et fréquentant des services) puisse avoir une influence quelconque sur les résultats, mais à quel niveau, des études supplémentaires seraient à réaliser en ce sens.

L'hypothèse secondaire de cette recherche avançait que les antécédents d'abus dans l'enfance pourraient contribuer à augmenter la présence de certains facteurs de risque reliés au risque suicidaire. En ce sens, les résultats de nos analyses semblent corroborer cette hypothèse. En fait, les résultats nous démontrent des corrélations positives entre les différentes sous-échelles du CTQ et les différentes sous-échelles du SPS.

Les conséquences des différents types d'abus

Rappelons que tous les types d'abus, tels que mesurés au CTQ, sont corrélés significativement avec le score total du SPS. La présente section analyse cependant, de manière plus spécifique, les corrélations entre les divers types d'abus et certains facteurs de risque (correspondant à des sous-échelles du SPS).

Être victime d'abus émotionnel

Dans le cas spécifique de l'abus émotionnel, nous observons qu'il est corrélé uniquement avec la sous-échelle du SPS mesurant l'évaluation négative de soi. Ainsi, nous pourrions croire que les participants présentant un degré plus élevé d'abus émotionnel présenteraient tout autant des résultats plus élevés à la sous-échelle du SPS mesurant l'évaluation négative de soi. L'abus émotionnel, communément appelé l'abus psychologique, peut se rapporter à des agressions verbales par rapport à la valeur de l'enfant, à des propos humiliants, abaissants. Le rejet, l'intimidation, l'isolement, la corruption, l'exploitation et le retrait de l'affection caractérisent cette forme d'abus (Latimer, 1998). Avec une définition de ce genre, il n'est pas étonnant d'observer que les participants ayant vécu ce type d'abus présentent une évaluation négative d'eux-mêmes caractérisée par des difficultés au niveau de la confiance en soi/estime de soi, de même qu'une faible perception du support de son entourage. En fait, la violence psychologique porte une atteinte systématique au sentiment de valeur personnelle d'un individu. Par ailleurs, il n'est pas rare de constater que la violence psychologique puisse s'inscrire sur un fond de tension familiale et de comportement parental dysfonctionnel.

De plus, plusieurs écrits admettent que ce type de violence s'accompagne fréquemment d'autres types de mauvais traitements. Les conséquences négatives des mauvais traitements psychologiques sont importantes et souvent durables. Ils s'attaquent aux fondements même de la personne et peuvent détruire son sentiment d'identité et de sécurité (Kairys & Johnson, 2002; Tousignant, Savoie, Bastien & Hamel, 1993). Cependant, il faut dire que l'abus émotionnel n'est pas le concept qui a attiré le plus d'attention de la part des chercheurs au courant des dernières années, comparativement à d'autres types d'abus (ex : abus physique et sexuel). Nous pouvons expliquer ce phénomène par la complexité de la problématique et la difficulté à la définir de façon claire. Les résultats de Brière et Runtz (1990) indiquent que les attaques et critiques négatives (abus psychologique) par un des parents semblent être spécifiquement associées à une faible auto-évaluation de soi ultérieurement. Ceci probablement en raison de l'intériorisation des rapports parentaux qui deviennent la base dans la construction de la perception de soi. Par ailleurs, nos résultats indiquent aussi que l'abus émotionnel ne serait pas relié aux trois autres facteurs mesurés par le SPS, soit le désespoir, les idéations suicidaires et l'hostilité.

Être victime d'abus physique

Selon les résultats de nos analyses, il y a des corrélations entre l'abus physique et les sous-échelles évaluant le désespoir et l'évaluation négative de soi. Ainsi, on pourrait croire que les individus ayant été victime d'abus physique dans l'enfance pourraient vivre des conséquences à ces niveaux. Les recherches corroborent en partie nos résultats.

En 2007, des chercheurs (Springer, Sheridan, Kuo & Carnes) s'intéressent aux conséquences à long terme des abus physiques dans l'enfance. Les résultats de leurs analyses indiquent, entre autres, que l'abus physique dans l'enfance est un prédicteur de la dépression, de l'anxiété, de la colère, des symptômes physiques et des diagnostics médicaux. Dans les recherches antérieures, une variété de conséquences à court terme ont été identifiées en lien avec les abus physique. Mentionnons, entre autres, la présence de problèmes psychologiques de type internalisé, tel que le désespoir, la dépression et la faible confiance en soi (Malinosky-Rummel & Hansen, 1993). En fait, ces deux auteurs, dans une revue de la littérature concernant l'abus physique, ont passé en revue sept thèmes traités souvent dans les recherches, en guise de conséquences à long terme, soit : comportement agressif et violent, comportement criminel non-violent, abus de substance, comportement auto-destructeur et suicidaire, problème émotif, problème interpersonnel, difficultés scolaires et professionnelles. Ils concluent que l'abus physique est associé avec une variété de problèmes émotionnels, incluant la somatisation, l'anxiété, la dépression, l'hostilité, les idées paranoïdes, la psychose et la dissociation chez les femmes hospitalisées et en population générale. Par ailleurs, il est étonnant de constater que, selon les résultats de nos propres analyses statistiques, ce type d'abus ne semble pas avoir d'impact sur la sous-échelle mesurant la présence d'hostilité. Le fait d'avoir subi cette forme d'agressivité aurait pu expliquer la présence d'une certaine hostilité dans les comportements d'un individu. En ce sens, d'autres recherches ont pourtant établi un lien entre le fait de subir de la violence physique et l'augmentation des comportements agressifs. Brière et Runtz (1990) estimaient que l'abus physique pouvait

produire, comme conséquence ultérieure, de l'agression envers les autres. Ceci pouvant être associé à la répétition des expériences vécues avec l'abuseur dans d'autres contextes. De cette façon, l'enfant reconnaît l'agression comme une forme appropriée de comportement interpersonnel lorsqu'il est en colère et/ou bouleversé. Certains individus ayant évolué dans un milieu violent physiquement peuvent avoir tendance à répéter ce type de comportement dysfonctionnel dans leurs relations interpersonnelles, car c'est une stratégie qu'ils ont apprise pour régler leurs conflits et/ou problèmes. Il s'agit bien évidemment d'une stratégie de résolution de problèmes déficitaire, mais, dans bien des cas, elle demeure la seule qu'ils connaissent. La répétition de cette forme de violence dans les relations subséquentes se transmet en quelque sorte sous forme d'apprentissage.

Être victime d'abus sexuel

Les analyses statistiques nous démontrent des corrélations entre l'échelle évaluant l'abus sexuel et les sous-échelles du SPS mesurant le désespoir et les idéations suicidaires. Il est possible que les participants ayant été victimes d'abus sexuel puissent présenter des indices de désespoir, de même que des idéations suicidaires plus élevées que chez les participants n'ayant pas vécu ce type d'abus. Plusieurs recherches au cours des dernières années se sont intéressées aux impacts de l'abus sexuel. En fait, il faut dire que l'abus sexuel est sans doute le type d'abus ayant attiré le plus l'attention des chercheurs. Des recherches corroborent aussi nos résultats et notent que l'abus sexuel peut être plus spécifiquement rattaché aux comportements suicidaires étant donné qu'il est associé de près à un sentiment de honte (Feiring & Taska, 2005) ou d'attributions

internes de blâme (culpabilité) (Barker-Collo, 2001) qui, en soi, peuvent augmenter la vulnérabilité par l'internalisation des comportements auto-destructeurs et suicidaires. Il faut noter que les deux précédentes études ont été réalisées auprès d'une population majoritairement féminine, ce que nous devons prendre en considération lorsqu'on souhaite comparer avec une clientèle masculine. Fergusson, Boden et Horwood (2008) concluent que le fait d'être exposé à l'abus sexuel dans l'enfance augmente les risques de développer des problèmes de santé mentale dans le futur. Ainsi ils notent que l'abus sexuel peut avoir des incidences sur la dépression majeure, l'anxiété et les idéations suicidaires. Une étude auprès de femmes présentes dans un service de psychiatrie (Briere, Woo, McRae, Foltz & Sitzman, 1997) conclue que l'abus sexuel dans l'enfance est lié de façon significative aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires. En raison de la dynamique psychologique souvent présente lors de l'abus sexuel, des corrélations avec l'évaluation négative de soi auraient donc pu être observées dans notre étude, ce qui n'a pas été le cas.

Être victime de négligence

Il semblerait que la négligence apporte beaucoup de conséquences négatives chez les gens qui la subissent dans l'enfance. En fait, nos résultats indiquent un plus grand nombre de corrélations avec les différents facteurs de risque du suicide (évaluation négative de soi, désespoir, idéations suicidaires, hostilité) comparativement à tout autre type d'abus plus direct (abus psychologique, physique, sexuelle), et ce autant pour la négligence émotionnelle que physique. Aujourd'hui, nous savons que la négligence est

associée à un milieu de vie chaotique et non prévisible, l'enfant étant donc exposé en permanence à une situation de stress chronique. La négligence est souvent moins apparente que les autres concepts de maltraitance, ceci sans doute de par sa définition. En effet, la négligence se définit davantage comme une omission. Cependant, cela ne veut pas dire que les impacts en sont minimisés, au contraire. Certains gestes omis peuvent aisément atteindre des proportions qui surpassent les capacités d'adaptation de l'enfant lorsque l'on considère son niveau de développement (Tarabulsy, Provost, Drapeau & Rochette, 2008). Les études indiquent qu'un enfant qui subit de la négligence de la part de ses parents ou de ses tuteurs légaux ressent souvent un sentiment de vide et d'abandon. Il peut ainsi développer une faible estime de lui-même. Il n'est donc pas étonnant d'observer de si nombreuses corrélations entre la négligence et les sous-échelles évaluant le risque suicidaire. Ainsi, l'absence de satisfaction des besoins physiques et/ou psychologiques de base d'un enfant est donc tout à fait dommageable, car elle fragilise le fonctionnement général d'un individu et nécessite qu'on s'y intéresse davantage. En fait, les conséquences se répercutent à différents niveaux et rendent l'individu vulnérable à beaucoup d'autres types de problématique (santé mentale, abus de substance, délinquance, etc.) qui à leur tour font partie des facteurs de risques associés de près ou de loin au suicide. Ceci étant dit, il faut néanmoins rappeler ici que les recherches semblent moins importantes en nombre lorsqu'on s'intéresse exclusivement au concept de négligence, sans les autres types d'abus plus connus. Par ailleurs, lorsqu'on cherche des renseignements précis quant aux impacts de la négligence émotionnelle ou encore de la négligence physique, les écrits sont encore moins

nombreux étant donné le regroupement des informations sous le thème général de la négligence.

Être témoin d'abus émotionnel, physique et/ou sexuel

Dans l'enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Statistique Canada, 1998-1999), on rapporte que, au Canada, les enfants qui ont entendu ou vu des bagarres dans leur foyer sont deux fois plus susceptibles d'être physiquement agressifs que ceux qui n'en ont pas été témoins (28 % contre 11 %). Les résultats de la présente recherche démontrent des données similaires, par une corrélation entre le fait d'être témoin d'abus physique et la présence d'hostilité chez un participant. L'enquête longitudinale de Statistique Canada démontre que ces jeunes sont aussi plus susceptibles de commettre des délits contre la propriété (21 % contre 9 %) et de souffrir d'hyperactivité (15 % contre 9 %). Le fait d'être témoin d'un ou plusieurs types d'abus entraîne nécessairement des conséquences. Certains vont même jusqu'à dire qu'elles sont aussi importantes que lorsqu'on est victime soi-même. Parmi les répercussions rencontrées, on note la possibilité de problèmes affectifs et comportementaux analogues à ceux des enfants victimes de mauvais traitements physiques. Des symptômes du syndrome de stress post-traumatique (crainte, irritabilité, cauchemars, explosions de colère, évitement des situations rappelant les actes de violence vécus, etc.) peuvent faire partie du lot des conséquences observées chez les enfants et/ou adolescents témoins de violence. Par ailleurs, des problèmes d'agressivité, d'hyperactivité, des difficultés à se concentrer sont aussi possibles. Nous observons aussi, dans certains cas, la présence de

fugues, une propension à la délinquance et des grossesses plus nombreuses à l'adolescence. Enfin, l'isolement, la présence de symptômes de dépression, de même que des idées suicidaires peuvent survenir. En ce qui concerne les résultats de la présente étude, on constate que le fait d'être témoin d'abus émotionnel, physique et/ou sexuel est corrélé significativement avec la présence de désespoir chez les participants. De façon plus précise, être témoin d'abus sexuel peut augmenter la présence d'idéation suicidaire. Par ailleurs, il est intéressant de remarquer qu'aucune corrélation n'est présente entre le fait d'être témoin d'un type d'abus et l'évaluation négative de soi. Ce résultat pourrait s'expliquer en partie parce que la violence n'est pas dirigée directement sur la personne elle-même et ainsi elle peut réussir à conserver une bonne évaluation de soi. Cependant, comme le cycle de la violence est souvent relié à un processus intergénérationnel, il est aussi plus probable que les individus témoins de cette violence risquent de reproduire, à l'âge adulte, les comportements des victimes ou des agresseurs, selon le cas. Par exemple, un garçon pourrait devenir agresseur dans ses relations intimes à l'âge adulte et une fille pourrait intégrer le rôle de victime et se voir infliger le même genre de sévices dont elle aura été témoin pendant toute son enfance (Jaffe & Suderman, 1999).

Être témoin et victime d'abus

Par ailleurs, nos résultats indiquent de fortes corrélations entre le fait d'être témoin et victime d'abus dans l'enfance, ce qui peut nous indiquer un milieu familial particulier (par exemple : dysfonctionnel, démuné, perturbé). Il est aussi plus probable que les individus témoins de cette violence risquent de reproduire ces mêmes types de

comportements comme en témoigne les résultats de cette étude (corrélation entre le fait d'être témoin d'abus physique et la présence d'hostilité, Tableau 4). Le fait d'évoluer dans un contexte familial de ce type peut produire, sur le développement ultérieur de l'individu, des conséquences à divers niveaux. Le fait d'être témoin et victime, d'un ou de plusieurs types de violence quelconque, sont donc plus souvent qu'autrement des phénomènes interreliés. Par exemple, dans des cas de violence familiale où les enfants peuvent subir de la violence physique, il n'est pas rare de constater que le couple souffre tout autant et que des excès de violence de part et d'autre peuvent être présents. Certains (Brodsky & Stanley, 2008) disent que l'abus et la négligence dans l'enfance se produisent plus souvent dans les familles caractérisées par la présence d'une gamme d'adversités (conflits familiaux, psychopathologie d'un parent, tentative de suicide d'un parent), ce qui pourrait également contribuer au développement de la psychopathologie. Ceci vient corroborer l'aspect de climat dysfonctionnel possiblement présent dans ce type de famille. En ce sens, certaines statistiques semblent indiquer que la violence dirigée contre un enfant est plus probable dans les familles où la violence conjugale est présente. En 2003, au Québec, plus de 340 enfants de moins de 18 ans ont été victimes de violence physique lors d'événements de violence conjugale rapportés à la police (Ministère de la Sécurité publique, 2005). Des données rapportées dans l'enquête sociale générale sur la victimisation (ESG; Statistique Canada, 2004) rapportent que, au Canada, dans 11 % des agressions contre un conjoint, une personne autre qu'un conjoint a été maltraitée ou menacée; 44 % de ces autres personnes étaient des enfants de moins de 15 ans. De plus, on y indique que 33 % des victimes de violence conjugale ont affirmé que

des enfants avaient vu ou entendu cette violence; parmi celles-ci, plusieurs ont dit avoir craint pour leur vie (40 %) et avoir été blessées physiquement (44 %). Il n'est donc pas rare de voir le concept de témoin de violence et celui de victime s'entremêler pour faire partie d'une dynamique plus complexe. Cependant, il faut tout de même ajouter que les enfants exposés à la violence conjugale sont victimes de cette violence, même lorsque celle-ci n'est pas dirigée directement contre eux.

Antécédents de comportements autodestructeurs et abus sexuel dans l'enfance

Nos résultats indiquent aussi que les participants avec des antécédents de comportement autodestructeur présenteraient des résultats significativement plus élevés à l'échelle d'abus sexuel. Andover, Zlotnick et Miller (2007) arrivent à des résultats similaires. En effet, ils soutiennent que les individus présentant des antécédents de comportements autodestructeurs ont de plus grandes probabilités de rapporter un historique d'abus physique et sexuel comparativement aux individus n'ayant pas commis de tentative de suicide.

En terminant, il faut dire qu'un nombre considérable d'études se sont intéressées à identifier les différents facteurs de risque de tentative de suicide ou de suicide au courant des dernières décennies. Les facteurs les plus significatifs (Organisation mondiale de la santé, 2000) se retrouvent au Tableau 5.

Tableau 5

Facteurs individuels, familiaux et psychosociaux reliés aux comportements suicidaires

Les facteurs individuels	
<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents suicidaires de l'individu • Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.) • Pauvre estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, individu colérique, agressif) • Présence de troubles de la santé physique (maladie handicap, etc.)
Les facteurs familiaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu • Pertes et abandons précoces • Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu • Négligence de la part des parents 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu • Présence de conflits conjugaux majeurs • Comportements suicidaires chez l'un ou les deux parents • Problèmes de santé mentale d'un ou des parents
Les facteurs psychosociaux	
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de difficultés économiques persistantes • Isolement social et affectif de l'individu • Séparation et perte récente de liens importants, deuil • Placements dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention • Victimisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés scolaires, professionnelles • Effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, deuil à la suite d'un suicide) • Difficulté avec la loi • Présence de problème d'intégration sociale

Lorsqu'on observe attentivement ces différents facteurs de risque, nous sommes à même de constater à quel point ces données se rapprochent des différents points traités dans cette recherche.

Analyse des retombées de la recherche

Cette recherche nous a permis d'en apprendre davantage sur les conséquences à long terme de l'abus dans l'enfance, en particulier par rapport à la problématique du suicide. En fait, ces résultats nous aideront éventuellement à raffiner nos méthodes d'intervention auprès des hommes à risque suicidaire. Ces résultats viennent nous confirmer l'importance de prendre en considération certains facteurs importants lorsqu'on travaille avec une clientèle à risque suicidaire. L'utilisation d'une évaluation initiale permettant de vérifier la présence ou l'absence de ce type de sévices dans le passé pourrait s'avérer utile dans le processus d'une démarche d'aide avec cette clientèle. Advenant la présence d'abus dans l'enfance, des interventions adaptées devraient être utilisées.

En dépit de toutes les études qui nous ont aidé à préciser les différents facteurs de risque de décès par suicide, il apparaît essentiel de développer de meilleures connaissances sur les interventions pouvant protéger et renforcer la résilience des personnes vulnérables au suicide. Peu importe le facteur de risque ou l'ensemble de facteurs de risque présent chez un individu, cela ne mène pas nécessairement au suicide. Par exemple, même si la majorité des personnes décédées par suicide souffrent de

problèmes de santé mentale, toutes les personnes avec des problèmes de santé mentale ne se suicident pas. L'évidence est de constater que certains facteurs de protection, de même que la résilience, ont un rôle à jouer et il serait intéressant d'en apprendre plus à ce sujet. De plus, ces recherches seraient davantage axées vers les aspects positifs de la personne, ce qui est plutôt rare pour l'instant. Pour le futur il serait aussi intéressant que des recherches explorent davantage si les répercussions sont différentes entre le fait d'avoir été victime d'abus dans l'enfance ou encore d'en avoir été témoin. Est-ce que le fait d'être témoin de violence de quelques types que ce soit peut être tout aussi dommageable sur le développement psychologique d'un individu ? Par ailleurs, être témoin peut-il avoir une incidence sur le risque suicidaire ?

De plus, précisons que des recherches qualitatives seraient à effectuer dans ce domaine afin de s'intéresser davantage à des dimensions plus spécifiques des abus (ex : type, durée, sévérité, relation avec l'agresseur, etc.). En ce sens, une entrevue qualitative (voir Appendice C) a été élaborée pour une suite éventuelle de la recherche. En fait, nous avons utilisé les éléments répertoriés dans la littérature, de même que les résultats de la présente recherche, pour construire cet outil de travail qui pourrait être utilisé pour une recherche ultérieure ou encore comme collecte d'informations dans des ressources d'aide. Nous serions ainsi plus à même d'obtenir une plus grande richesse d'informations et de mieux comprendre le contexte dans lequel évolue un individu victime d'abus dans l'enfance, tout en faisant un lien avec la problématique de risque suicidaire. De cette façon, nous pourrions ainsi avoir une meilleure compréhension des

répercussions qui s'en suivent. Par ailleurs, il faut dire que la majorité des recherches aborde les conséquences des mauvais traitements de façon générale sans préciser les impacts spécifiques associés à chaque type d'abus (ex. abus psychologique, physique, sexuel, négligence). Les chercheurs ont plutôt tendance à regrouper toutes les formes d'abus dans la catégorie « mauvais traitement » et de discuter des conséquences globales. Il serait donc intéressant que des précisions soient apportées quant aux conséquences à long-terme en fonction des différents types d'abus.

Allant dans le même sens, des recherches pourraient se pencher davantage sur les mécanismes expliquant la présence de comportements autodestructeurs chez les personnes ayant subi l'abus dans l'enfance. Nous savons que ce n'est pas un lien de cause à effet et que ce n'est pas parce qu'un individu a été victime d'abus qu'il présentera automatiquement un risque suicidaire augmenté. D'autres facteurs, tels la résilience, entrent en cause. Il y a donc nécessairement des facteurs de protection et de risque qui se chevauchent pour amener un individu à présenter un risque suicidaire faible ou élevé. Le processus évolutif de cette problématique de départ, l'abus, serait intéressant à explorer afin d'en arriver à un modèle théorique explicatif.

Regard critique

La recherche actuelle aura permis de vérifier, par exemple, la pertinence de certaines hypothèses à investiguer davantage auprès d'une clientèle judiciairisée. Par ailleurs, les résultats nous permettent d'augmenter les connaissances des différents

intervenants oeuvrant auprès des hommes en difficulté. D'ailleurs, il semble plutôt innovateur de s'intéresser essentiellement à la clientèle spécifique des hommes, car il faut dire que la majorité des études dans le domaine sont basées sur une population féminine. Mieux comprendre les impacts de la maltraitance dans l'enfance, c'est aussi se donner la possibilité de mieux s'outiller pour leur venir en aide. Enfin, les deux tests utilisés ici, le SPS et le CTQ, représentent des valeurs sûres, en ce sens qu'ils ont été maintes fois choisis dans des recherches antérieures. Ces questionnaires, étant à valeur quantitative, nous permettent de mieux comparer les résultats obtenus dans d'autres études similaires employant les mêmes instruments de mesure. Les résultats étant chiffrés, nous abordons la problématique de façon plus objective.

Il importe en terminant de mentionner quelques limites de l'étude. Il faut relever ici que, dans toute la littérature consultée et se rapportant à la problématique étudiée, il y a une certaine confusion dans le vocabulaire utilisé. Souvent, les recherches se rapportant au sujet en question traitent de tentatives de suicide, de comportements suicidaires, mais rarement de « risque suicidaire » à proprement parler. De plus, lorsqu'on compare notre étude à d'autres traitant du même sujet, on s'aperçoit rapidement qu'il est rare que l'on traite exclusivement d'abus dans l'enfance et de risque suicidaire. En fait, souvent d'autres variables additionnelles entrent en ligne de compte: par exemple, une problématique quelconque de santé mentale. Il devient ainsi difficile de départager de façon évidente si le risque suicidaire est augmenté en raison des abus dans l'enfance ou encore en raison de la problématique additionnelle.

Par ailleurs, il faut bien voir que la portée de notre étude peut être limitée en raison du faible échantillon qui était disponible (N=25). Ce faible échantillon peut expliquer notamment que des analyses statistiques se soient parfois révélées non-significatives. Avec un échantillon plus large, il aurait été intéressant d'avoir des groupes mieux répartis afin de pouvoir les comparer à différents niveaux. Nous aurions pu les comparer, comme nous l'avons fait par rapport au risque suicidaire, mais aussi par rapport à d'autres éléments. Par exemple, il aurait été intéressant de comparer les hommes avec antécédents de comportements agressifs (groupe CHOC) et ceux avec antécédents de comportements suicidaires (groupe MASC). Est-ce que les hommes avec antécédents de comportements agressifs auraient présenté des résultats plus élevés à l'échelle d'abus physique du CTQ ? Est-ce qu'il y aurait eu des différences significatives entre les deux groupes face à certaines sous-échelles du CTQ ?

De plus, comme les questionnaires ont été complétés de façon auto-révélee, le chercheur ne pouvait pas aider à préciser ou vérifier certains points. Entre autres, l'omission des réponses ou encore l'incompréhension de certaines questions. La façon dont les trois questions ouvertes étaient posées à la fin des deux questionnaires portait peut-être à confusion, ce qui aurait pu être vérifié autrement. Quelques participants ont peut-être mal distingué les comportements suicidaires des comportements d'automutilation, la différence majeure étant l'intention de mourir.

Conclusion

Les résultats de cette étude témoignent de l'existence de différences entre les deux groupes étudiés, soit celui à risque suicidaire moindre et celui à risque suicidaire élevé quant à la présence d'abus dans l'enfance. Bien que notre étude présente quelques faiblesses, elle s'avère tout de même importante en raison de la contribution qu'elle apporte non seulement à l'avancement des connaissances des intervenants oeuvrant auprès des hommes en difficulté, mais également en raison de son utilité à informer la population, en général, des conséquences imminentes de la maltraitance dans l'enfance. La richesse des informations recueillies autant par la présentation de la recension des écrits sur le sujet que par les résultats obtenus de la présente étude nous démontre une fois de plus l'importance de travailler à la prévention de cette problématique. S'il est possible d'éviter ou de réduire les conséquences négatives liées à la maltraitance, cela justifie pleinement la réalisation de la présente recherche. Des études futures qui s'attarderont à explorer les diverses facettes de cette problématique nous permettront d'augmenter encore plus l'aide à apporter à cette clientèle à risque.

Cette étude nous a permis de voir qu'il existe des différences quantitatives au niveau des résultats bruts aux tests (CTQ et SPS) et que nos hypothèses de départ sont justifiées. Cependant, la poursuite de la recherche avec des considérations davantage qualitatives nous permettra sans doute d'approfondir le sujet et d'en augmenter notre compréhension.

Références

- Andover, M.S., Zlotnick, C., & Miller, I.W. (2007). Childhood physical and sexual abuse in depressed patients with single and multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (4).
- Barker-Collo, S.L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame for childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse and Neglect*, 25(10), 1329-1341.
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., daCosta, G.A., Ackman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire : a retrospective self-report manual*. San Antonio: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company.
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Loveboy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Bernstein, D., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the childhood trauma questionnaire in a adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bierer, L.M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou V., New A.S., Silverman J.M, & Siever, L.J. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnosis. *CNS Spectrums*, 8, 737-754.
- Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W., & Bout, R. (2002). Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: The influence of types of events, time period and significant others. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 9-16.
- Briere, J.M., & Elliot, D.M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 55-62.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect*, 14, 357-364.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 95-101.

- Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A. & Mann, J.J. (1997). Characteristics of Borderline Personality disorder associated with suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1715-1719.
- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M., & Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1871-1877.
- Brodsky, B.S., & Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 223-235.
- Brown, G., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Carmen, E.H., Rieker, P.P., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 141, 378-383.
- Chapman, A.L., Specht, M.W., & Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 558-569.
- Conseil national de prévention du crime Canada (1995). *Profil des délinquants*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada.
- Cull, J. G., & Gill, W. S. (1995). *Suicide probability scale (SPS) manual*. Los Angeles: Western Psychological Service.
- Daigle, M.S., & Côté, G. (2006). Non-fatal suicide-related behaviour among inmates : testing for gender and type differences. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 670-681.
- Daigle, M. S., Labelle, R., & Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the Suicide Risk Assessment Scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- Davidson, J., Hughes, George, L., & Blazer, D. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Archives of General Psychiatry*, 53, 550-555.

- Doherty, D. (2003). *Effets de la violence familiale sur la santé*. Ottawa : Centre national d'information sur la violence dans la famille. Gouvernement du Canada.
- Ducharme, J., Koverola, C., & Battle, P. (1997). Intimacy development: the influence of abuse and gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(4), 590-599.
- Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., Roy, M., Mann, J.J., Benkelfat, C., & Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2116-2124.
- Dutton, D.G. (1995). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3), 207-224.
- Dutton, D.G., & Hart, S.D. (1992). Evidence for long-term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 129-137.
- Feiring, C., & Taska, L.S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: a longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337-349.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M., & Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- Fergusson, D.M. & Lynskey, M.T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 21, 617-630.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325-330.
- Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R, Brown, G.K., & Beck, A.T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 437-443.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 539-579.
- Hardt, J., Sidor, A., Nickel, R., Kappis, B., Petrak, P. & Egle, U.T.(2008). Childhood adversities and suicide attempts: a retrospective study. *Journal of Family Violence*, 23, 713-718.

- Heyman, R.E., & Slep, A.M.S. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and the Family*, 64, 864-870.
- Ireland, T. O., Smith, C.A., & Thornberry, T.P. (2002). Developmental issues in the impact of child maltreatment on later delinquency and drug use. *Criminology*, 40, 359-402.
- Ireland, T.O., & Widom, C.S (1994). Childhood victimization and risk for alcohol and drug arrests. *The International Journal of the Addictions*, 29, 235-274.
- Jack, S., Munn, C., Cheng, C., & MacMillan, H. (2006). *Les mauvais traitements infligés aux enfants au Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille.* Ottawa : Agence de santé publique du Canada.
- Jaffe, P. & Suderman, M. (1999). *Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et services sociaux.* Ottawa : Unité de prévention de la violence familiale, Santé Canada.
- Kairys, S.W. & Johnson, C.F. (2002). The psychological maltreatment of children- Technical report. *Pediatrics*, 109(4), E68.
- Karson, M. (2001). *Patterns of child abuse: How dysfunctional transactions are replicated in individuals, families, and the child welfare system.* New York, The Haworth Press.
- Labelle, R., Daigle, M. S., Pronovost, J., & Marcotte, D. (1998). Étude psychométrique d'une version française du Suicide Probability Scale auprès de trois populations distinctes. *Psychologie et psychométrie*, 19(1), 5-26.
- Lacharité, C., Desaulnier, R., & St-Laurent, D. (2002). *Le questionnaire des traumatismes vécus dans l'enfance.* Trois-Rivières : GREDEF, Université du Québec à Trois-Rivières. Traduction française de *Childhood Trauma Questionnaire : A Retrospective Self-report*, de D. Bernstein et L. Fink (1998).
- Lambert, M.T. (2003). Suicide risk assessment and management : focus on personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 71-76.
- Latimer, J. (1998). *Les conséquences de la violence faite aux enfants: Guide de références à l'intention des professionnels de la santé.* Ottawa : Santé Canada.
- Lester, D. (1991). Physical abuse and physical punishment as precursors of suicidal behavior. *Stress Medicine*, 7, 255-256.
- Liebling, A. (1992). *Suicides in prison.* London: Routledge.

- Liebling, A. (1995). Vulnerability and prison suicide. *British Journal of Criminology*, 35, 173-187.
- Lipschitz, D.S., Kaplan, M.L., Sorkenn, J.B., Faedda, G.L., Chorney, P., & Asnis, G.M. (1996). Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, 47, 189-191.
- Lizardi, H., Klein, D.N., Ouimette, P.C., Riso, L.P., Anderson, R.L., & Donaldson, S.K. (1995). Reports of childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 132-139.
- Malinosky-Rummell, R., & Hansen, D. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychological Bulletin*, 114(1), 68-79.
- MacMillan, H., Fleming, J., Streiner, D., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., Duku, E.K., Walsh, C.A., Wong, M., Y.-Y., & Beardslee W.R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1878-1883.
- McCord, J. (1991). Family relationships, juvenile delinquency, and adult criminality. *Criminology*, 29, 397-417.
- Mertin, P., & Mohr, P. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15, 411-422.
- Milligan, R. J., & Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 13-25.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (1998). *La stratégie québécoise d'action face au suicide*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Sécurité publique (2005). *La violence conjugale. Statistiques 2003*. Sainte-Foy, QC : Direction de la prévention et de la lutte contre la criminalité, Ministère de la Sécurité publique.
- Mohio Justes, S., Ortega-Monasterio, L., Planchat Teruel, L.M., Cuquerella Fuentes, A., Talón Navarro, T., & Macho Vives, J.L. (2004). Discriminating deliberate self-harm (DSH) in young prison inmates through personality disorder. *Journal Forensic Science*, 49(1), 137-140.
- Molnar, B.E., Berkman, L., & Buka, S. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behavior in the US. *Psychological Medicine*, 31, 965-977.

- Organisation mondiale de la santé (2000). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé (2000)*. Genève, Suisse.
- Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 448-456.
- Read, J. (1998). Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. *Child Abuse and Neglect*, 22(5), 359-368.
- Righthand, S., Kerr, B., & Drach, K. (2003). *Child maltreatment risk assessments: an evaluation guide*. New York, London, Oxford: the Haworth Maltreatment & Trauma Press.
- Roy, A. (2001). Childhood trauma and suicidal behavior in male cocaine dependent patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 194-196.
- Roy, A. (2003). Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Research*, 121(1), 99-103.
- Roy, A. (2004). Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 121-125.
- Roy, A. (2005). Reported childhood trauma and suicide attempts in schizophrenic patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 690-693.
- Roy, A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 9(2), 147-151.
- Roy, A., & Janal, M. (2006). Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (3).
- Salzinger, S., Feldman, S. R., Ng Mak, D.S., Mojica, E., & Stockhammer, F.T. (2001). The effect of physical abuse on children's social and affective status: A model of cognitive and behavioral processes explaining the association. *Development and Psychopathology*, 13, 805-825.
- Santa Mina, E.E., & Gallop, R.M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour : A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., & Roy, A. (2007). Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. *Depression and Anxiety*, 24, 268-272.

- Sarchiapone, M., Carli, V., Di Giannantonio, M., & Roy, A. (2009). Risk factors for attempting suicide in prisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 343-350.
- Sfoggia, A., Pacheco, M.A., & Grassi-Oliveira, R.(2008). History of childhood abuse and neglect and suicidal behavior at hospital admission. *Crisis*, 29(3), 154-158.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 31, 517-530.
- Statistiques Canada (1998-1999). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*. Ottawa : Mckellar, S. & Michaud, S.
- Statistiques Canada (2004). *Enquête sociale générale sur la victimisation*. Ottawa : Maire Gannon.
- Steele, B. (1986). Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. *Child Abuse and Neglect*, 10, 283-291.
- Strauss, M. A. (1991). Discipline and deviance: Physical punishment of children and violence and other crime in adulthood. *Social Problems*, 38, 133-154.
- Strauss, M. A., Sugarman, D.B., & Giles-Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsequent antisocial behavior of children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 761-767.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 1015-1023.
- Tarabulsky, G.M., Provost, M.A., Drapeau, S., & Rochette, E. (2008). *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Tousignant, M., Savoie, G.J., Bastien, M.F. & Hamel, S. (1993). Histoire d'une violence psychologique : Le cas des jeunes suicidaires. *Reflets*, 4(1), 4-13.
- Trocmé, N. & Wolfe, D. (2001). *Maltraitance des enfants au Canada. Étude Canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*. Ottawa : Santé Canada.
- Van Der Kolk, B., Perry, C. & Herman, J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.

- Wagner, B.M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 246-298.
- Weeks, R., & Widom, C.S. (1998). Self-reports of early childhood victimization among incarcerated adult male felons. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 346-361.
- Yang, B., & Clum, G.A. (1996). Effects of early negative life experiences on cognitive functioning and risk for suicide: A review. *Clinical Psychological Review*, 16, 177-195.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., & Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior. *Child Abuse and Neglect*, 28, 863-875.

Appendice A
Suicide Probability Scale (SPS)

S.P.S.

Date: _____

Nom: _____

Sexe: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____

Consignes : Tu trouveras ci-dessous un ensemble d'affirmations que des gens peuvent utiliser pour décrire leurs sentiments et leurs comportements. Lis chaque énoncé puis entoure la lettre T pour désigner la fréquence qui correspond le plus à ce que tu vis.

	Jamais ou rarement	Quelque- fois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours		Jamais ou rarement	Quelque- fois	Assez souvent	La plupart du temps ou toujours
1. Quand je suis en colère, je lance des choses	T	T	T	T	19. Je sens que les gens attendent trop de moi	T	T	T	T
2. Je sens que plusieurs personnes se soucient beaucoup de mon bien-être	T	T	T	T	20. Je sens que j'ai besoin de me punir pour des choses que j'ai faites et pensées	T	T	T	T
3. Je sens que j'ai tendance à être impulsif(ve)	T	T	T	T	21. Je sens que le monde ne vaut pas la peine que l'on continue d'y vivre	T	T	T	T
4. Je pense à des choses trop mauvaises pour en parler aux autres	T	T	T	T	22. Je planifie très soigneusement mon avenir	T	T	T	T
5. Je pense que j'ai trop de responsabilités	T	T	T	T	23. Je sens que je n'ai pas beaucoup d'ami(e)s sur qui je peux compter	T	T	T	T
6. Je sens que je peux faire beaucoup de choses qui en valent la peine	T	T	T	T	24. Je sens que les gens seraient bien débarrassés si j'étais mort(e)	T	T	T	T
7. Pour punir les autres, je pense au suicide	T	T	T	T	25. Je sens qu'il serait bien moins pénible de mourir que de continuer à vivre comme ça	T	T	T	T
8. Je me sens hostile envers les autres	T	T	T	T	26. Je me sens (sentais) proche de ma mère	T	T	T	T
9. Je me sens isolé(e) des gens	T	T	T	T	27. Je me sens (sentais) proche de mon (ma) partenaire (chum)	T	T	T	T
10. Je sens que les gens m'apprécient tel(le) que je suis	T	T	T	T	28. Je n'ai pas d'espoir que les choses s'améliorent	T	T	T	T
11. Je sens que plusieurs personnes seront peinées si je meurs	T	T	T	T	29. Je sens que les gens n'approuvent ni ce que je suis ni ce que je fais	T	T	T	T
12. Je me sens si seul(e) que je n'en peux plus	T	T	T	T	30. J'ai pensé à la façon d'en finir avec la vie	T	T	T	T
13. Les autres sont hostiles envers moi	T	T	T	T	31. Je me fais du souci à propos de l'argent	T	T	T	T
14. Je sens que si je pouvais recommencer, je changerais beaucoup de choses dans ma vie	T	T	T	T	32. Je pense au suicide	T	T	T	T
15. Il y a plusieurs choses que je me sens incapable de faire	T	T	T	T	33. Je me sens fatigué(e) et indifférent(c)	T	T	T	T
16. J'ai de la difficulté à trouver et garder une occupation que j'aime (travail, études)	T	T	T	T	34. Quand je suis en colère, je brise des choses	T	T	T	T
17. Je pense que je ne manquerai à personne quand je ne serai plus là	T	T	T	T	35. Je me sens (sentais) proche de mon père	T	T	T	T
18. Tout semble bien aller pour moi	T	T	T	T	36. Je sens que je ne peux pas être heureux(se) nul part	T	T	T	T

Appendice B
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

No. de la famille et du parent : _____ Date d'aujourd'hui : _____
 Date de naissance: _____ Âge: _____
 Nom de l'interviewer : _____

Le questionnaire des traumatismes de l'enfance

PARTIE 1

«Childhood Trauma Questionnaire» Bernstein & Fink, 1998

Traduit par

Carl Lacharité, Renée Desaulniers et Diane St-Laurent, GREDEF, UQTR, 2002

Les énoncés suivants concernent vos expériences vécues lors de votre enfance et de votre adolescence. Elles sont toutes de nature personnelle, intime, essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Pour chaque énoncé, cochez le choix de réponse qui décrit le mieux comment vous vous sentez. Si vous choisissez de changer votre réponse, mettre un X et encerclez votre nouveau choix.

Quand j'étais jeune :	Jamais vrai	Raremen t vrai	Quelque s fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
1. Je n'avais pas suffisamment à manger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je savais qu'il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mes parents étaient trop saouls ou trop « gelés » pour prendre soin de la famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il y avait quelqu'un dans ma famille qui m'aidait à sentir que j'étais important ou spécial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je devais porter des vêtements sales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je me sentais aimé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je pensais que mes parents souhaitaient que je ne sois jamais né(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai été frappé(e) tellement fort par un membre de la famille que j'ai dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il n'y avait rien que je voulais changer concernant ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Des membres de ma famille me frappaient si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'étais puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Les membres de ma famille prenaient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

soin les uns des autres.

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. | Des membres de ma famille me disaient des choses blessantes ou insultantes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | Je pense que j'étais abusé(e) physiquement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | J'avais une enfance parfaite. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | J'étais frappé(e) ou battu(e) si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Je sentais que quelqu'un dans la famille me haïssait. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | Les membres de ma famille se sentaient proches les uns des autres. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | Quelqu'un a tenté de me toucher de manière sexuelle ou a essayé me forcer à le toucher ainsi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | Quelqu'un m'a menacé(e) de me faire mal ou de raconter des mensonges sur moi si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui ou avec elle. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | J'avais la meilleure famille du monde. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. | Quelqu'un a tenté de me faire faire ou de me faire regarder des activités sexuelles. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | Quelqu'un m'a abusé(e) sexuellement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | Je crois que j'ai été abusé(e) psychologiquement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | Il y avait quelqu'un pour m'amener chez le médecin si j'en avais besoin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | Je crois que j'ai été abusé(e) sexuellement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | Ma famille était une source de courage et de soutien. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le questionnaire des traumatismes de l'enfance

PARTIE 2

«Childhood Trauma Questionnaire » Bernstein & Fink, 1998

Traduit et adapté par

Carl Lacharité, Renèle Desaulniers, et Diane St-Laurent, GREDEF, UQTR, 2002

Maintenant, nous allons reprendre certains items. Il s'agit cette fois d'indiquer si vous avez été témoin de ces événements durant votre enfance et votre adolescence. Pour chaque énoncé, cochez le choix qui décrit le mieux ce dont vous avez été témoin dans votre famille.

Quand j'étais jeune :	Jamais vrai	Rareme nt vrai	Quelque s fois vrai	Souvent vrai	Très souvent vrai
3. Un ou des membres de ma famille traitaient une personne de ma famille de « stupide », « paresseux(se) », « laid(e) » ou d'autres noms semblables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Une personne de ma famille a été frappé(e) tellement fort par un ou d'autres membres de ma famille qu'elle a dû voir un médecin ou aller à l'hôpital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Une ou des personnes de ma famille frappaient un autre membre de ma famille si fort que cela laissait des bleus ou des marques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Une personne de ma famille était puni(e) avec une ceinture, une planche, une corde ou un autre objet dur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Des personnes de ma famille disaient à un autre membre de ma famille des choses blessantes ou insultantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je pense qu'un membre de ma famille a été abusé physiquement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Un membre de ma famille a été frappé ou battu si fort que cela a été remarqué par une personne comme un professeur, un voisin ou un médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Quelqu'un a tenté de toucher un membre de ma famille de manière sexuelle ou a essayé de le/la forcer à le/la toucher ainsi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Quelqu'un a menacé un membre de ma famille de lui faire mal ou de raconter des mensonges sur lui/elle si il/elle ne faisait pas d'activités sexuelles avec lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Quelqu'un a tenté de faire faire ou de faire regarder des activités sexuelles à un membre de ma famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Quelqu'un a abusé sexuellement d'un membre de ma famille. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Je crois qu'un membre de ma famille a été abusé psychologiquement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je crois qu'un membre de ma famille a été abusé sexuellement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Appendice C
Entrevue Semi-Structurée

Violence subie dans l'enfance et risque suicidaire chez les hommes
Entrevue semi-structurée

Nom du participant : _____

Âge : _____

Nombre de sentences fédérales, s'il y a lieu : _____

Nombre de sentences provinciales, s'il y a lieu : _____

Quelle est votre sentence actuelle (nombre d'années, type de délits), s'il y a lieu :

Je vais vous poser maintenant des questions par rapport à des expériences de votre enfance. Il n'y a pas de bonnes et de mauvaises réponses. Tentez de répondre le plus fidèlement possible en fonction de ce que vous vous souvenez de cette époque.

1. Parlez moi de votre situation familiale quand vous étiez enfant ?
(Faire un génogramme)

2. Quel genre d'enfance avez-vous eu ?

3. Quel genre d'enfant étiez-vous ?

4. Dans quel climat familial avez-vous grandi ?

5. Décrivez la relation que vous aviez avec vos parents avant 12 ans ?
(mots, exemples spécifiques, souvenirs)

6. Dans votre famille, y avait-il présence de toxicomanie, d'abus d'alcool et/ou des problèmes de santé mentale ?

7. Parlez moi de votre père ?

8. Parlez moi de votre mère ?

9. Décrivez la relation de couple de vos parents ?

10. Dans votre enfance, avez-vous déjà été témoin de violence conjugale ?
(Si oui, explorer)

11. Certaines personnes nous ont dit avoir des souvenirs de menaces ou d'une autre sorte de comportement qui était abusif. Pour votre part, est-ce que durant votre enfance, vous avez été victime de mauvais traitements ?

Nature de l'abus (types de mauvais traitements) ?

☐ Psychologique ☐ Physique ☐ Sexuel ☐ Négligence émotionnelle

☐ Négligence physique

Expliquez (donner des exemples) :

12. Au CTQ, vos résultats indiquaient (nommer type d'abus et sévérité), est-ce que cela reflète bien votre situation dans l'enfance ? (Si oui, explorer; si non, poser la question : « Comment interprétez-vous ces résultats ? »)

13. Quel âge aviez-vous quand les mauvais traitements ont commencé ?

Contexte de l'abus

14. Racontez comment se produisaient les épisodes de violence dans votre enfance ?

15. Dans quelle circonstance ?
(événements particuliers, situations qui suscitaient les mauvais traitements)

16. Comment ça se déroulait ?

17. Qu'est-ce qui mettait fin à l'épisode?

18. Quel était les conséquences de ces épisodes ?
(ex : marques sur le corps)

19. Quel était votre réaction ?
(ex : peur)

20. Quelle était la fréquence des épisodes de violence ?
(est-ce que ça arrivait souvent)

21. Sur une période de combien de temps avez-vous subi ce type d'abus ? (Durée, chronicité)

22. De la part de qui ? Relation avec l'agresseur ?

23. Pourquoi pensez-vous que cette personne s'est conduit comme elle l'a fait pendant votre enfance?

24. Est-ce que vous avez été témoin des mauvais traitements d'un des membres de votre famille ? (ex : membre de la fratrie, parent)

25. Pensez-vous que ces expériences vous affectent maintenant comme adulte ? Si oui, de quelle façon (explorer les liens possibles avec les comportements violents ou suicidaires du répondant) ?

26. Vous considérez-vous comme une personne ayant des comportements violents ?
(Si oui, expliquez)

27. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ou des automutilations?
(Si oui, compléter le LSARS) Des idéations suicidaires ? (Si oui, explorer la gravité des idéations)

28. Souffrez-vous d'un problème de santé mentale diagnostiqué ?

29. Pour terminer, j'aimerais savoir ce qui vous rend heureux dans la vie ? (ou encore : « Racontez-moi le plus beau moment de votre vie »)

CONCLUSION :

Cela fait le tour des questions que je voulais vous poser. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter ?

Ce ne sont pas des questions auxquelles on pense à tous les jours; j'apprécie que vous ayez accepté d'y répondre.

Appendice D
Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Violence subie dans l'enfance et risque suicidaire chez des hommes bénéficiant de services psychosociaux

Le présent formulaire vise à vous faire connaître vos droits en ce qui concerne votre participation à la recherche et à vous donner suffisamment d'information afin que vous soyez en mesure de décider si vous souhaitez y participer. Veuillez lire attentivement les paragraphes qui suivent et apposer votre signature pour indiquer que vous avez bien compris vos droits en tant que personne participant librement à la présente recherche.

Je comprends que la présente recherche porte sur l'exploration du lien entre la présence de mauvais traitements dans l'enfance et le risque suicidaire. Cette recherche vise à offrir un meilleur service d'évaluation et/ou d'intervention pour la prévention du suicide.

J'accepte de remplir le *Questionnaire sur les traumatismes d'enfance* (CTQ), révélant les formes de mauvais traitements présentes dans mon enfance et le *Suicide Probability Scale* (SPS), révélant le niveau de risque suicidaire chez un individu. Le SPS inclut aussi deux questions portant sur les antécédents d'auto-agressions. Je comprends également que je suis libre de ne pas répondre à certaines questions et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation, pour quelque raison que ce soit, sans crainte de préjudice (ou de conséquence).

Certains thèmes abordés, en lien avec les histoires d'abus dans l'enfance, peuvent susciter un malaise chez certaines personnes. Dans un tel cas ou si un risque suicidaire est identifié lors de l'entrevue, une référence à un intervenant de l'organisme CHOC serait acheminée, en toute confidentialité. Je serai informé de cette démarche et, une collaboration serait encouragée pour permettre une référence à l'intervenant de l'organisme. De la même façon, si l'information révélée indiquait un risque pour autrui, la chercheuse serait tenue d'en informer le personnel de l'organisme.

Je comprends que mon nom ne figurera d'aucune façon sur le formulaire d'entrevue et que la confidentialité de mes réponses est assurée. Les données recueillies seront mises en commun, anonymement, et analysées pour fin de recherche. Elles demeureront strictement confidentielles et ma participation à ce projet (ou mon refus de participer) n'aura pas d'incidence sur mon cheminement auprès de l'organisme CHOC. Les autorités ou le personnel de l'institution n'en seront pas informés.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-07-122-07.10 a été émis le 1^{er} mai 2007. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay, par

téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique
Martine.y.tremblay@uqtr.ca.

Je consens de plein gré à participer à ce projet de recherche selon les conditions énumérées plus haut. Mon consentement à cette recherche est valide pour une période d'un an.

Signature du sujet participant: _____

Signature de la chercheure _____

Date: _____